Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

# MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 45. 1887. 8. November. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 34. Jahrgang.

## Originalien.

### Bernhard von Langenbeck.

Nekrolog.

Bernhard von Langenbeck wurde am 9. November 1810 zu Hannover geboren, studirte in Göttingen, wo er von seinem Onkel Conrad, Martin Langenbeck ganz besonders in Anatomie und Chirurgie ausgebildet wurde.

Conrad, Martin Langenbeck docirte nämlich zu Göttingen 50 Jahre lang Anatomie und Chirurgie und wurde diese lange Zeit hindurch immer als eine Zierde der Universität Göttingen betrachtet.

Derselbe hatte für gar nichts Anderes Sinn und Freude, als für seine 2 Wissenschaften, so dass man staunen muss, dass aus seinem Neffen und Schüler Bernhard ein so feingebildeter Mann wurde, der von frühester Zeit an für alle Künste und Wissenschaften das regste Interesse zeigte.

Sein Onkel hatte auch einen Sohn, den in der Chirurgie wohl bekannten Max Langenbeck, welcher in Hannover sehr zu Ehren kam, aber einen recht schroffen Charakter hatte. Derselbe kam mit seinem Vetter Bernhard auch einmal in einen Prioritäts-Streit, weil er das erste Brisement forcé gemacht hatte. Allein jene Operation ist ganz gegen seine Absicht eine Fractur der Condylen des Femur geworden und wenn das Endresultat auch ein gutes wurde, so war die wissenschaftliche Bearbeitung des Brisement forcé von Bernhard von Langenbeck doch die epochemachende.

Als Promotions-Schrift verfasste unser Langenbeck 1835 zu Göttingen eine mikroskopische Arbeit: De retinae structura penitiori.

Bernhard von Langenbeck habilitirte sich auch zu Göttingen. Als aber von Stromeyer die subcutanen Operationen in das Leben gerufen wurden, nahm Bernhard von Langenbeck an diesem Fortschritte der Chirurgie so lebhaft Theil und schrieb so gute Artikel darüber, dass er desshalb 1842 als Professor der chirurgischen Klinik nach Kiel berufen wurde, und als dann im Jahre 1847 Dieffenbach plötzlich in Berlin starb, wurde Langenbeck der Nachfolger dieses genialen Operateurs, und Stromeyer kam an Langenbeck's Platz von Freiburg nach Kiel.

War es auch schwer, den in allen Schichten der Bevölkerung vergötterten Dieffenbach zu ersetzen, so war doch Berlin für Langenbeck der richtige Platz.

Er hatte sehr viel gelernt, sein operatives Talent war unverkennbar, seine Genialität, sein grosser Verstand paarte sich aber mit einer Liebenswürdigkeit und mit einem Wohlwollen, das ihn alsbald zum Liebling von Berlin, ja vom ganzen Norden machte.

In Berlin waren auch die Bedingungen zur Fortentwickelung äusserst günstige, denn Langenbeck sass in der medicinischen Facultät unter herrlichen Männern: Johannes Müller, Virchow, Schönlein, Frerichs, Graefe und A. waren ihm befreundet. Er schrieb über Ankylosen, Contracturen und Curvaturen alsbald prächtige Abhandlungen und blieb überhaupt seinem Familienzug treu: »viel zu schreiben und Alles selbst zu thun«. In der Klinik legte er sogar den einfachsten Gyps-Verband mit eigener Hand an.

In der Kriegschirurgie wurde Langenbeck nahezu tonangebend für die ganze civilisirte Welt; selbst die Franzosen und Engländer, welche bis auf die neuere Zeit sonst nie von Deutschen lernen wollten, nahmen sich Langenbeck's Handlungsweise als Vorbild. Im schleswig-holsteinischen Kriege 1848 soll er thatsächlich für 6 gearbeitet und Hunderten von Schwerverletzten sehr genützt haben. Als Schleswig-Holstein 1864 gegen Dänemark Krieg führte, war es Bernhard von Langenbeck, der als der erste die Resectionen auch für das Schlachtfeld brauchbar machte, indem er fast für alle Gelenke recht einfache gute Methoden ersann. Im deutsch-böhmischen Kriege 1866 war Langenbeck mit seinen Schülern in grösster Thätigkeit, und den deutsch-französischen Krieg 1870/71 machte er, trotzdem er einen Sohn, der als Officier diente, in diesem Kriege verlor, doch bis zum Ende mit.

Als im Februar 1871 zu Orleans einige Rasttage waren, hielt Langenbeck einen Vortrag über seine Erfahrungen im Kriege 1870, welchen er mit den Worten begann: »Meine lieben Collegen, mir ist der Eindruck geworden, dass wir alle zu wenig amputirten«, u. s. f., und von jener Stunde angefangen, mühte sich Bernhard von Langenbeck die Resections-Indicationen für das Schlachtfeld mehr einzuschränken.

Der lange Heilungsprocess nach Resectionen brachte nemlich oft ein Leben in mancherlei Gefahren, welche durch eine Amputation oder Exarticulation vermieden worden wären und selbst nach langer Zeit kam die gänzliche Heilung der Resectionswunde oft nicht zu Stande, weil die Knochen bei der Schusszersplitterung an ihrer Ernährung zu viel gelitten hatten. Auf Langenbeck's Vorbild hat die ganze Welt etwas eingelenkt und die Amputation und Exarticulation selbst im Frieden wieder höher geachtet.

Durch seine unermüdete Thätigkeit, durch tausendfachen Nutzen im Kriege hat sich Langenbeck Orden und Ehren aller Art erworben. Als er vom deutsch-französischen Kriege 1871 nach Berlin zurückgekommen war und seine Freunde bei einem Festessen vereinigen wollte, hatte dies der greise Kaiser erfahren und lud sich bei Langenbeck selbst zu Tische ein; Bernhard von Langenbeck, der den guten Kaiser unendlich liebte, nannte diesen Tag den schönsten seines Lebens.

Langenbeck's Theilnahme an allen Schlachten brachte ihm auch viele fremde Orden.

Allein Langenbeck's Friedensarbeit war noch viel bedeutender.

Ich mache mich keiner Uebertreibung schuldig, wenn ich behaupte, die Fortschritte der Chirurgie in den letzten 50 Jahren bis zu Lister's Antiseptik gehörten grösstentheils ihm allein.

Es existirt kein Capitel der Chirurgie, an welchem er nicht veredelnd, feilend arbeitete.

Wo es 10 Operationsmethoden giebt, ist immer die Langenbeck'sche die genialste und beste. Die Transplantation des Periostes bei der Rhinoplastik, die herrlichen transitorischen Operationen, welche er für Geschwülste in der Fossa sphenomaxillaris, die subcutane Oberkiefer-Resection, welche er für Tumoren der Basis cranii, für retropharyngeale Geschwülste ersann, die Exstirpation des Pharynx, seine Durchsägung der Mandibula, welche es möglich macht die krebsig entartete Zunge, nebst dem Boden der Mundhöhle mit Tonsillen und Gaumensegeln herauszuschneiden, da man mit der ganzen Hand in den Mund hinein kann, und Langenbeck's Uranoplastik haben die ganze Chirurgenwelt freudig überrascht. Die blutleere Herausschneidung der Zunge mit dem Thermocauter, welche er in letzter Zeit noch empfahl, ist eine wunderschöne und segensreiche Operation, welche mancher übersteht, der nach einer Messeroperation sterben würde.

Das Erzählte wird genügen, um zu beweisen, dass mein Lob keine Uebertreibung enthält. Jede Uebertreibung würde diesen Namen entheiligen.

Bernhard von Langenbeck schuf mit seinen von ihm hochgeachteten Freunden Billroth und Gurlt das beste chirurgische Buch: das Archiv für Chirurgie, und arbeitete selbst fleissig mit.

Alle collegialen Zusammenkünfte besuchte er, wenn nur möglich. Kam Langenbeck in irgend eine Versammlung, wo auch unser grosser Denker Thiersch war, so zeichnete er diesen immer auf jede Weise aus und liess ihn nicht mehr von seiner Seite; ein Beweis, wie er das Wahre und Grosse schätzte.

Man darf nicht staunen, wenn Langenbeck trotz aller Eifersucht der Gelehrten, doch Einstimmig zum bleibenden Ehrenpräsidenten des deutschen Chirurgencongresses erwählt wurde. Er nahm diese Stellung mit einer Bescheidenheit an, welche alle für ihn einnahm.

Langenbeck war auch der liebenswürdigste Lehrer, der sich nie einen Spass daraus machte, einen Studenten in der Klinik zu blamiren. Seine wohlwollende Gesinnung ging so weit, dass die Nahestehenden manchmal lachen mussten. Jener aber, dem er die Blamage vor 300 Commilitonen ersparte, vergass ihm dies Wohlwollen nie. Wenn z. B. ein Practikant die deutliche Reife eines Abscesses kleinlaut verneinte, so sagte der gute Langenbeck: »Sie haben ganz Recht, dieser Abscess ist vollkommen reif«.

So lieb er mit den Collegen war, so zart und gut war er mit den Kranken. Wenn der Aermste vertrauensvoll zu ihm aufblickte, verschmähte er es nicht, ihm selbst den kleinsten Dienst mit eigener Hand zu leisten. Er richtete ihm die Kissen, half ihn besser legen und man sah, dass diese Güte keine gesuchte war, sondern dass sie aus seinem guten Herzen kam. Als Bernhard von Langenbeck nach 35jährigem Wirken Berlin verliess, weil er glaubte, es sei jetzt Zeit das Lehramt einem Jüngeren zu überlassen, waren wenige Häuser in Berlin, wo man darüber nicht trauerte.

In Wiesbaden, seinem Lieblingsaufenthalte, baute er sich eine Villa, doch sollte er nicht lange dort leben. Der Tod seiner geliebten Gattin vernichtete den Rest seiner Kraft.

Voll von wissenschaftlichem Interesse, sah man ihn in der letzten Naturforscher-Versammlung, wie er sich mühsam von Bedienten in die Sections-Sitzungen hineinschleppen liess, obwohl er seines Prostata- und Blasen-Leidens wegen das längere Sitzen schwer ertrug. Gott war aber gegen diesen guten Mann auch gut und ersparte ihm die drohenden Qualen. Am 30. September endete dieses edle Leben in Folge eines Schlagflusses.

Was Bernhard von Langenbeck war, das konnte man am 4. October in Berlin beurtheilen. Auf seinen ausdrücklichen Wunsch wurde seine Leiche mit der seiner geliebten Gattin von Wiesbaden nach Berlin gebracht und auf dem kleinen Mathaei Kirchhof neben den irdischen Resten seines im Kriege 1870 gefallenen Sohnes eingesegnet. Es war eine hehre Todtenfeier, eine imposante Versammlung der gelehrten Welt, der Staatswürdenträger, der hohen Militärchargen wie der kleinen Leute. Die beiden Särge, welche von unabsehbaren Menschen-Massen umrungen waren, bedeckte eine Fülle von Kränzen.

Der Kaiser, die Kaiserin, der Kronprinz und viele andere Prinzen und Prinzessinnen, alle medicinischen und militärischen Vereine hatten Deputationen mit Kränzen geschickt.

Excellenz v. Gossler, v. Bötticher, v. Caprivi und v. Lucius waren durch die Präsidenten und höchsten Medicinal-Behörden, Excellenz v. Sydow von dem Ministerialrathe v. Althof vertreten. Die Stadt Berlin, die Universität Berlin, alle militärischen Bildungsanstalten und alle anderen Hochschulen hatten ebenfalls Deputationen geschickt.

Die Aerzte Berlins, die Professoren der Universität betheiligten sich fast vollzählig an der traurigen Feier. Die Kliniker v. Volkmann aus Halle, König aus Göttingen, Schönborn von Würzburg, Krönlein aus Zürich waren herbeigeeilt, um ihm die letzte Ehre zu bezeugen. Meiner Wenigkeit war es unmöglich, diesem Beispiele zu folgen, doch hat mein klinischer Assistent Dr. Fessler statt meiner eine Hand voll Erde dankbar auf sein Grab gelegt.

Die Studenten bildeten mit ihrem umflorten Banner Spalier, Hofprediger Kögel hielt die Leichenrede und erzählte, welch grosser Verstand, welch herrliches Herz, welch wunderbar geschickte Hand aufgehört, thätig zu sein.

Aus Sängers Mund erklang der Scheidegruss: »Sei getreu bis in den Tod«, während man beide Särge mühsam durch die dichte Menge zur Höhe des Friedhofes hinauftrug und in der Familiengruft beisetzte.

Tausende werden genesen, Tausende werden ihre Glieder brauchbar erhalten, nicht ahnend, dass Bernhard von Langenbeck der Erfinder der rettenden Methode war; aber jeder seiner Schüler wird so lange er lebt, täglich dankbar an ihn denken, und wenn auch diese nicht mehr leben, wird jedes Lehrbuch von seiner wunderbaren Geistesthätigkeit Zeugniss geben, Bernhard von Langenbeck wird unsterblich sein.

Geheimrath v. Nussbaum.

---

## Zur Aetiologie der Hyperemesis Gravidarum.

Von Dr. *Theilhaber*, Bamberg.

Bezüglich der Ursachen des übermässigen Erbrechens der Schwangeren sind die Ansichten der Autoren sehr getheilt. Schröder (Lehrb. Aufl. V. u. VI.) sagt: »Die eigentlichen Ursachen des masslosen Erbrechens sind unklar; wahrscheinlich wird es durch mechanische Ausdehnung der Uterushöhle hervorgerufen; es scheint auch besonders häufig aufzutreten in Fällen, in denen die passive Ausdehnung des Uterus durch das ungewöhnlich stark wachsende Ei (Hydramnion, Zwillinge) das active Wachsthum überwiegt.« Später sprach Schröder in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie anlässlich eines Vortrages über Endometritis dysmenorrhoica (Centralblatt f. Gyn. 1884, Nr. 24) die Vermuthung aus, dass vielleicht dem »unstillbaren«Erbrechen eine Endometritis zu Grunde liege, bei der ähnlich wie bei der Endometritis dysmenorrhoica es sich um Veränderungen im interglandulären Gewebe der Schleimhaut handle. Dieser Anschauung trat in der dem Vor-

trage sich anschliessenden Discussion Ebell bei auf Grund folgender Beobachtung: Eine Frau, die er vor der Schwangerschaft an Endometritis behandelt hatte, wurde während der Gravidität von übermässigem Erbrechen befallen, das erst durch spontanen Abort seine Lösung fand.

Nach Spiegelberg (Lehrb. II. Aufl. p. 236) »sind die Ursachen dunkel, wenn man von tieferen Erkrankungen der Magenwand, welche dem Leiden hin und wieder zu Grunde liegen, absieht. Wo diese fehlen, ist man zur Erklärung auf die bekannte Sympathie zwischen Genitalorganen und Magen, auf perverse Innervation, angewiesen und ist es diesbezüglich von Belang, dass man in vielen Fällen starke Reizzustände des Uterus (Knickungen, Entzündungen etc.) gefunden hat. Doch sind viele Fälle vorhanden, wo jegliche objectiv nachzuweisende Veränderung fehlt.«

Zweifel (Lehrb. d. Geburtsh. p. 269) hält den eigentlichen Grund für unaufgeklärt. »Sicher ist das Erbrechen Schwangerer eine Reflexbewegung, deren Reiz im Allgemeinen in den Veränderungen der Generationsorgane zu suchen ist. Für das gewöhnliche Erbrechen hat eine Erklärung, die von Rheinstädter ausgesprochen wurde, viel Wahrscheinlichkeit für sich. Er vermuthet die Auslösung der Brechbewegung durch die Bewegung der schwanger gewordenen Gebärmutter. Das Organ wird rasch grösser und schwerer, bei Stellungsänderungen macht es ausgiebigere passive Bewegungen. Dieser ungewöhnliche Reiz bedinge die Uebligkeit.«

Graily Hewitt (Transactions of the Obstetric. Society of London 1872, p. 103) hat in der grossen Mehrzahl der FälleVersionen und Flexionen des Uterus gefunden und glaubt, dass der Druck, den die Nervenendigungen im Bereiche der Biegung des Uterus finden, der Grund des übermässigen Erbrechens sei. Er hat sehr gute Resultate durch Reposition des Uterus und Einlegen von Pessarien gesehen.

Bennet (Brit. med. Journ. 1875, June 12) sucht die Ursache in chronischer Entzündung der Vaginalportion und legt namentlich den Excoriationen der Muttermundslippen grosses Gewicht bei.

Horwitz (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX. p. 139) glaubt, dass »die parenchymatösen Entzündungen der Uteruswände die Hauptrolle spielen in der grössten Zahl der Fälle von unstillbarem Erbrechen.« In vielen Fällen war die Gebärmutter an Umfang beträchtlich grösser, als sie es nach der gegebenen Schwangerschaftsepoche sein sollte. Dies kann nur mit parenchymatöser Entzündung der Uteruswände erklärt werden.«

Sutugin (Hyperemesis Gravidarum. Berlin 1883) nimmt mit Guéniot und M'Clintock an, »dass verschiedene Krankheitszustände der Genitalien, der Schwangerschaft sich zugesellend, das schon existirende Erbrechen verstärken oder auch direct die Form des übermässigen Erbrechens hervorrufen.«

Chazan (Centralbl. f. Gyn. 1887 Nr. 2) ist geneigt, für die Mehrzahl der Fälle eine allgemeine Erkrankung des Nervensystems oder der Psyche anzunehmen.

Bei diesem Widerstreite der Ansichten ist es wünschenswerth, vorkommende Fälle recht genau bezüglich ihrer Ursachen zu erforschen, um so mehr als die Klarstellung der Ursachen wohl auch genauere Indicationen für die Art der Behandlung liefern wird.

Ich halte es desshalb auch nicht für überflüssig, einige in den letzten 5 Jahren von mir darauf hin untersuchte Fälle zu publiciren.

1) Frau V., 42 Jahre alte Bauernfrau, war von Kindheit an schwach, stets sehr nervös. Ihre Mutter ist an Lungenschwindsucht gestorben. Sie ist zum dritten Male schwanger. In den beiden ersten Schwangerschaften hat sie viel erbrochen, war jedoch nie bettlägerig. Die Menses waren stets regelmässig, in 4 wöchentlichen Intervallen, 3—4 Tage dauernd.

Vor 10 Wochen hatte sie die letzte Regel; vor 6 Wochen bekam sie Erbrechen, das sich rasch steigerte. Anfangs behielt sie noch manchmal das Genossene, seit 14 Tagen wird jede Speise und jedes Getränk erbrochen. Auch in der Zwischenzeit zwischen den Mahlzeiten und Morgens nüchtern erfolgt Erbrechen. Seit 3 Wochen hat sie das Bett nicht mehr verlassen; sie fühlte sich sehr schwach und elend. Stuhlgang angehalten. Durst gross.

Der behandelnde Arzt hatte Cerium oxalicum, Morphium etc. ohne jeglichen Erfolg angewandt.

Bei der Untersuchung fand ich eine anämische, hochgradig abgemagerte Frau. Zunge trocken. Temperatur 38,5. Puls 132. Brustorgane gesund. Magengrube äusserst empfindlich bei Druck. Abdomen weich.

Bei der inneren Untersuchung zeigte sich der Uterus retroflectirt, in Form, Grösse, Consistenz etc. einem Uterus im 3. Schwangerschaftsmonat entsprechend.

Alter Dammriss reicht bis $^1/_2$ cm vor dem After. Die Reposition des Uterus gelingt leicht in Knieellenbogenlage ohne Narkose. Es wird ein Hodgepessar eingelegt.

Sofort nach der Reposition liess ich der Patientin eine Tasse Thee trinken. Es trat Erbrechen nicht ein. Die Pulsfrequenz war unmittelbar nach der Reposition auf 108 gesunken.

Als ich nach 3 Tagen wieder in das Dorf kam, hörte ich, was mir unterdessen auch schon brieflich gemeldet worden war, dass am Tage nach der Reposition das Erbrechen gänzlich sistirt hatte, an den folgenden Tagen war es wieder gekommen, jedoch nicht nach jeder Mahlzeit. Bei der Untersuchung fand ich den Uteruskörper retroflectirt über dem Pessar liegend. Abermalige Reposition und Einlegung eines grösseren Pessars. Von da an sistirte das Erbrechen vollkommen. Bei einer nach einigen Tagen wieder vorgenommenen Untersuchung fand sich den Uterus normal liegend, Pulsfrequenz 80. Temperatur normal. — Von nun an verlief die Schwangerschaft normal, ohne alles Erbrechen.

2) Frau N., Kaufmannsfrau, 23 Jahre alt, II. gravida. Die Mutter leidet seit 10 Jahren an einer heftigen Trigeminus-Neuralgie, hatte während ihrer Schwangerschaft stets hartnäckiges Erbrechen. Eine Schwester der Patientin soll vor einigen Jahren an Paralyse beider Unterextremitäten gelitten haben, die nach mehrmonatlichem Bestehen plötzlich wieder verschwand.

Die Patientin litt von früher Jugend an an häufigen Migräneanfällen. Die erste Schwangerschaft war von heftigem, häufigen Erbrechen begleitet. Seit der Entbindung litt Patientin an Uteruskatarrh mit zeitweise ziemlich starken menstruellen Blutungen, Fluor etc. Die dagegen verordneten Mittel wurden nicht consequent angewandt; einer energischen localen Behandlung unterzog sich Patientin nicht regelmässig. Im September 1885 blieben die Menses wieder aus.

5 Wochen nach dem Aufhören der letzten Regel stellte sich Erbrechen ein, das sich nach einigen Tagen so steigerte, dass weder Speise noch Getränke mehr vertragen wurde. Es wurde auch in der Zwischenzeit zwischen den Mahlzeiten erbrochen, schon der Geruch der Speisen rief Brechreiz hervor. Auch Champagner und Eis wurde nicht behalten. Morphiumeinspritzungen linderten einige Tage den Brechreiz; nach mehrtägiger Anwendung jedoch bewirkten sie das gerade Gegentheil, steigerten das Erbrechen. Dabei bestanden starke Schmerzen in der Magengrube. Alle angewandten Medicamente (Bromkali, Cocain etc.) wurden erbrochen. Es stellte sich Schlaflosigkeit ein, grosse Schwäche, Abmagerung, Widerwillen gegen alle Speisen. Der Stuhlgang war angehalten, die Pulsfrequenz vermehrt, Temperatur normal, Zunge etwas zum Trocknen neigend.

Es wurde von Medicamenten gänzlich abgesehen, absolute Ruhe, fortwährende Rückenlage angeordnet und da schon das geringste Erheben des Kopfes ausreichte, um einen Brechanfall auszulösen, wurde eiskalte Milch, Bouillon mit Ei etc. esslöffelweise in kurzen Zwischenräumen bei horizontaler Lagerung des

Kopfes zugeführt. Zugleich wurde strenge Anweisung gegeben, das Regurgitirte wieder zu verschlucken. Unter dieser Behandlung liess allmählig das Erbrechen nach, nach einiger Zeit wurde auch consistentere Kost vertragen und die Patientin konnte nach 4 wöchentlichem Krankenlager das Bett wieder verlassen.

Im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft trat das Erbrechen noch hie und da, doch selten auf. Dafür stellten sich häufige Ohnmachtsanfälle ein mit oft mehrere Minuten dauerndem Verluste des Bewusstseins. Auch während der am rechten Ende der Schwangerschaft erfolgenden Entbindung waren solche Ohnmachtsanfälle ziemlich häufig vorhanden und unmittelbar nach der Ausstossung des Kindes trat ein acutes, etwa $^1/_4$ Stunde dauerndes Delirium auf.

Von da an vollständig normales Verhalten. Doch stellte sich nach Ablauf des Wochenbettes wieder ein leichter Uteruskatarrh ein und nach stärkeren Aufregungen, manchmal auch ohne solche Morgens beim Verlassen des Bettes, Uebelkeit und Erbrechen — bei sonst völlig normalem Verhalten der Verdauungsorgane.

3) Frau R., Arbeitersfrau, I. gravida, schwächliche Person, die in der Jugend an scrophulösen Affectionen (Drüsenabscessen etc.) litt, wurde von mir vor einigen Jahren an einer länger dauernden Neuralgie des Supraorbitalis behandelt. Der Vater ist an Lungenschwindsucht gestorben. Menses waren stets regelmässig, 4—5 Tage dauernd. Letzte Regel vor 8 Wochen. Seit 14 Tagen erbricht sie Alles, erbricht auch bei leerem Magen, muss desshalb seit einigen Tagen im Bette liegen, fühlt sich sehr schwach. Stuhlgang angehalten. Untersuchung ergibt überall normale Verhältnisse; nur einige kleine Erosionen finden sich am Muttermunde. Dieselben werden mit Höllenstein geätzt, Bromkali innerlich gegeben. Es wurde angeordnet, kleine Mengen Eis, Milch und Bouillon mit Ei in kurzen Pausen zu geniessen, das Regurgitirte wieder zu verschlucken.

Nach einigen Tagen sistirte das Erbrechen. Die Gravidität nahm normalen Verlauf.

4) Frau K., Gärtnersfrau, I. gravida, 24 Jahre alt, hatte als Mädchen die Menses stets regelmässig, doch stets mit starken Schmerzen verbunden. Sie steht z. Z. in der 7. Schwangerschaftswoche. Sie lebt in ständiger Aufregung in Folge der häufigen Zwistigkeiten mit ihrem rohen Mann. Es war schon Ehescheidung projectirt worden. Sie soll auch früher ein sehr reizbares Nervensystem gehabt, oft an Kopfschmerzen gelitten haben. Seit einer Woche erbricht sie alles, was sie geniesst, liegt seit einigen Tagen im Bette, ist sehr schwach. Es besteht Stuhlverstopfung.

Die Untersuchung ergibt überall normale Verhältnisse: Grösse und Consistenz des Uterus der Schwangerschaftszeit entsprechend. Der Uterus liegt in normaler Anteflexio.

Es wurde, um weitere Aufregungen zu verhüten, eine Uebersiedelung der Patientin in das Haus ihrer Mutter angeordnet, die diätetischen Massregeln wie in Fall 2 und 3 angeordnet, Bromkali innerlich gegeben. Es trat allmälig Besserung der Erscheinungen ein, bei ruhiger Rückenlage war nach 14 Tagen das Erbrechen verschwunden. Die übrige Schwangerschaft verlief normal.

5) Frau R., Arbeitersfrau, 23 Jahre alt, war früher stets gesund. Menses regelmässig, Eltern leben noch, sind gesund. Seit 5 Monaten ist sie schwanger. In den ersten Monaten der Gravidität hatte sie kein Erbrechen, dasselbe ist erst seit 14 Tagen aufgetreten, hat sich in den letzten Tagen so gesteigert, dass sie im Bette liegen muss. Das Erbrechen ist ein sehr qualvolles, erfolgt regelmässig nach der Aufnahme von Speise oder Getränke, oft auch in der Zwischenzeit.

Die Untersuchung ergab: Stand des Uterus drei Fingerbreit unter dem Nabel, Kind liegt in II. Schädellage. Bei der Untersuchung des Urins zeigte sich beträchtlicher Albumingehalt, spärliche Faserstoffcylinder in demselben. Die diätetische Behandlung erwies sich erfolglos, alle Medicamente wurden erbrochen, Patientin kam immer mehr herunter.

Eine rationelle Ernährung per anum liess sich bei den ärmlichen Verhältnissen der Patientin, bei dem Mangel an Pflege, bei der grossen Entfernung, in der sie sich von meiner Wohnung befand, nicht gut durchführen. Ich schlug ihr desshalb zu diesem Zwecke die Aufnahme in die Entbindungsanstalt vor, was jedoch von ihr zurückgewiesen wurde. — Nach etwa zwölftägiger Behandlung stellten sich Oedeme der Beine und Labien ein, auch Ascites wurde bald nachweisbar. Der Hydrops erreichte sehr rasch einen ziemlich hohen Grad. — Pulsfrequenz 90—100, Temperatur normal.

Ich beabsichtigte nun, die Copemann'sche Dilatation des Cervix vorzunehmen. Würde diese erfolglos bleiben, der Hydrops noch weiter zunehmen, so wäre wohl eine Indication für den künstlichen Abortus gegeben, da das Leben in dreifacher Weise bedroht war, durch die Hyperemesis, durch den Hydrops und und durch die Wahrscheinlichkeit einer später auftretenden Eclampsie.

Als ich am nächsten Tage behufs Ausführung der Erweiterung nach Copemann kam, hörte ich, dass das Erbrechen sich vermindert habe. Es war Morgens eine Tasse Kaffee getrunken und nicht erbrochen worden. Bei der Auscultation des Abdomens konnten die bis dahin gehörten kindlichen Herztöne nicht mehr gefunden werden. Von diesem Tage an fühlte auch die Mutter die Kindesbewegungen nicht mehr.

Das Erbrechen hörte vollständig auf, es wurden auch consistentere Nahrungsmittel vertragen.

Dagegen nahm der Hydrops noch zu, namentlich die Schamlippen schwollen noch viel stärker an. Die Urinsecretion blieb gering, der Eiweissgehalt sehr hoch.

Zwölf Tage nach Aufhören der Kindesbewegungen stellten sich in der Nacht Wehen ein, Morgens wurde zu mir geschickt; als ich hinkam, war der Abort schon erfolgt, eine 38 cm lange todtfaule Frucht war geboren. Die Nachgeburt folgte bald.

Das Puerperium verlief normal, der Hydrops nahm rasch ab; nach 3 Wochen war Hydrops und Albuminurie völlig verschwunden.

(Schluss folgt.)

## Ueber die phlegmonösen Processe der praevesicalen Gegend (Cavum praeperitoneale Retzii).

Von Dr. *Carl Koch* in Nürnberg.

(Vortrag, gehalten im ärztlichen Localverein am 19. Juni 1887.)

(Schluss.)

Betrachten wir den oben beschriebenen Fall etwas näher, so müssen wir zunächst hervorheben, dass er in ätiologischer Beziehung unklar ist. Die von den Angehörigen gemachten Angaben sind zu unbestimmt, als dass sie verwerthet werden könnten. Ich bin darum geneigt, eine selbständige (idiopathische) Erkrankung hier von Beginn an anzunehmen.

Wenn wir an der Eintheilung des Cavum Retzii in den submusculären und prävesicalen Raum festhalten, müssen wir weiterhin unsern Fall einreihen in die Gruppe der eigentlich prävesicalen Abscesse. Die Symptome im Verlaufe, sowie der Befund bei der Operation sind uns hiefür maassgebend. Um uns noch einmal die Haupterscheinungen zu vergegenwärtigen, haben wir auch für unseren Fall zwei Stadien zu unterscheiden, das der allgemeinen Symptome und das der fühlbar werdenden Geschwulst. Gerade das erste Stadium war in unserem Falle ausserordentlich lange und besonders ausgezeichnet durch eine grosse Unbestimmtheit und Verwischtheit der Symptome.

Ueber drei Monate lang bezogen sich die Klagen nur auf vage Schmerzen im Unterleibe; dabei war das Allgemeinbefinden ein schlechtes, der Appetit fehlte und unter zeitweiligen, nicht unbedeutenden Fiebererscheinungen verfielen die Kräfte immer mehr. Nachdem über 3 Monate also das Krankheitsbild ein wechselvolles und wenig charakteristisches war, traten die Functionsstörungen der Blase (Dysurie) und die sehr schmerz-

hafte Geschwulst in der Regio hypogastrica media auf. Damit waren aber auch deutlich die Symptome der localisirten Entzündung gegeben. Es ist für unseren Fall ganz besonders hervorzuheben, dass die Dysurie eine sehr bedeutende war und vor der Eröffnung des Abscesses sich schliesslich bis zur Unerträglichkeit steigerte. Die Form und Ausdehnung der entzündlichen Geschwulst, die anfangs als eine bretharte Infiltration der vorderen mittleren unteren Bauchgegend imponirte und erst ganz zuletzt Eiterbildung erkennen liess, entsprach vollkommen den Beschreibungen, die uns für die eigentlich prävesicalen Abscesse als charakteristisch gegeben werden. Der Befund bei der Operation vervollständigte noch insoferne das Bild, als bei der Digitaluntersuchung der Abscesshöhle constatirt werden konnte, dass diese weit herab in's kleine Becken reichte. Der Abscess selbst bot im Uebrigen die Eigenthümlichkeiten der Bauchwandabscesse überhaupt. Sein Inhalt war ziemlich missfärbig und überaus übelriechend; seine Wandungen waren entsprechend der harten Infiltration sehr dick und starr, wie aus mehrfach aufeinander geschichteten Schwarten bestehend.

Aus dem geschilderten Krankheitsverlauf geht hervor, dass die Diagnose im Anfangsstadium wegen der lange dauernden Unbestimmtheit der Symptome ausserordentlich erschwert war. Wir werden diesen Schwierigkeiten aber in allen ähnlichen Fällen wieder begegnen; ja man kann sagen, dass die Diagnose oft geradezu unmöglich ist. Es gilt dies vorzugsweise für die idiopathischen Erkrankungen des Cavum Retzii, wenn also Anhaltspunkte für eine localisirte Erkrankung zunächst vollständig fehlen. Diese Unsicherheit der Diagnose, die dann schwankt zwischen Enteritis, Peritonitis, miliarer Tuberculose u. s. w., kann uns unter Umständen in recht grosse Verlegenheit versetzen. Der Kranke fühlt, dass er schwer erkrankt ist; ein jeder aus seiner Umgebung merkt das gleiche; und doch sind wir Wochen, ja Monate lang nicht im Stande auch nur einigermassen den geforderten Aufschluss über die eigentliche Natur des Leidens zu geben. Leichter haben wir es schon, wenn eine Entzündung irgend eines Organes der unteren Bauch- und Beckengegend bereits vorhanden ist, wenn z. B. eine Cystitis, ein Uterinleiden, eine Entzündung um den Mastdarm vorliegt, wenn eine Geburt vorausgegangen ist oder durch eine Trauma eine bedeutende Contusion oder Fractur des Schambeins erfolgt war. Das Auftreten von Fieber oder die Steigerung eines bereits vorhandenen wird uns im Zusammenhalte mit etwa bestehenden oder sich steigernden Schmerzen eine Propagation der Entzündung in die Nachbarschaft vermuthen lassen. Ob dieselbe aber gerade in's Cavum Retzii erfolgt, werden wir trotzdem ohne Weiteres nachzuweisen nicht im Stande sein. Mit der Constatirung einer sich bildenden Geschwulst in der Tiefe der Regio hypogastrica media kommen wir erst einen Schritt weiter in der Diagnose. Doch giebt es auch dann noch mancherlei, was uns von der richtigen Fährte ablenken kann. Die fieberhaften Erscheinungen und die Schmerzen legen es uns ja wohl nahe, dass die Anschwellung eine entzündliche ist; allein es sind dieselben doch oft so wenig constant und charakteristisch, dass eine Verwechselung mit anderen Erkrankungen, namentlich Neubildungen möglich ist. Und in der That bringt uns die Literatur Mittheilung von gar manchen derartigen Irrthümern. Ich unterlasse es dieselben hier aufzuzählen, sie finden sich in der Arbeit von Leusser bei der Erörterung der Differentialdiagnose näher besprochen. Zu bedauern ist meiner Ansicht nach, wenn diagnostische Fehler Schuld sind an einem üblen Ausgang. Die Gefahren, welche die phlegmonösen Processe des Cavum Retzii für den Kranken mit sich bringen, sind einerseits die der tiefliegenden eiterigen Entzündungen überhaupt (septisches Fieber, Consumption der Kräfte, Metastasen etc.), andererseits aber sind sie durch die Nähe des Peritoneums ganz besonders grosse. Ein Durchbruch des Eiters nach Innen muss zur tödtlichen Peritonitis führen. Diese Gefahren können wir nur dann verringern, wenn wir frühzeitig die richtige Diagnose stellen und auf Grund derselben eine entsprechende Therapie einleiten.

Was nun die letztere anlangt, so können wir freilich im Anfangsstadium nur symptomatisch verfahren; wir vermögen die Schmerzen durch Opiate zu lindern, die Fiebertemperaturen durch Antifebrilia herabzusetzen u. s. w. Wenn sich aber eine Anschwellung gezeigt hat, dann gilt es besonders aufmerksam zu sein. Sobald wir Erweichungsherde (Eiterbildung) in der bretharten Infiltration wahrnehmen können, haben wir auf operativem Wege durch Anlegen einer grossen Incision in den Bauchdecken vorzugehen. In der Mehrzahl der Fälle wird dieselbe wohl in der Linea alba zu machen sein. Derselben bei Weibern noch eine Gegenöffnung von der Vagina aus hinzuzufügen, wie es zum Theil die Methoden von Gillette, Gosselin und Tillaux bezwecken, dürfte wohl einerseits wegen der Möglichkeit einer Blasenverletzung zu gefährlich, andererseits aber auch überflüssig sein. In meinem Falle hat es sich um einen ganz bedeutenden Abscess im kleinen Becken gehandelt; die einfache Incision in der Linea alba und die durch dieselbe eingeführte grosse Drainage war vollständig genügend, baldige Heilung ohne jede weitere Störung herbeizuführen. Der Effect des Einschnittes war ein ganz vorzüglicher. Das Fieber ging sofort zurück, die Schmerzen verschwanden alsbald und die Koth- und Urinentleerung ordnete sich im Laufe weniger Tage. Die Kräfte des Kindes hoben sich rasch und nach Ablauf weniger Wochen war die Heilung vollendet.

Bezüglich der Operation, resp. Nachbehandlung möchte ich noch eines hervorheben. Mit Rücksicht darauf, dass ich bei meinem Falle eine überaus übelriechende und übel aussehende Eiterung vorfand, und die Abscesswandungen missfarbige Auflagerungen, die sich erst allmählig ausstiessen, zeigten, kann ich unter keinen Umständen es für richtig halten, wenn Leusser ganz allgemein dazu räth, nach der Incision die Naht der Muskeln und der Haut vorzunehmen und einen Dauerverband zu appliciren. Meiner Ansicht nach ist vielmehr grosses Gewicht darauf zu legen, dass die Abscesshöhle weit offen bleibt, und dass der Abfluss des Secretes in keiner Weise gehindert wird. Ich halte es für nothwendig, die Abscesshöhle mit antiseptischer Gaze zu tamponiren und nebenbei ausgiebig zu drainiren, den Verband in der ersten Zeit nach der Operation häufig zu wechseln und dabei antiseptische Ausspülungen mit zu Hülfe zu nehmen.

Kurze Zeit nachdem ich vorstehenden Vortrag gehalten hatte, kam ich in die Lage einen zweiten Fall prävesicaler Phlegmone beobachten zu können. Herr Dr. Sturm in Mögeldorf hatte die Güte, mich zur Behandlung desselben beizuziehen. Die Krankengeschichte ist folgende:

G., 20 Jahre alt, Drechsler aus Erlenstegen, von gesunder Familie und früher selbst stets gesund. Anfangs Mai 1887 war er anscheinend wegen einer leichten katarrhalischen Affection des Kehlkopfes einige Tage im hiesigen städtischen Krankenhause. Ende Mai 1887 erkrankte er von Neuem und zwar mit heftigen kolikartigen Leibschmerzen, derentwegen er bettlägerig wurde und sich in Behandlung des Herrn Dr. Sturm begab. Der Herr College theilte mir bei unserem ersten Consilium am 29. Juli mit, dass der Kranke, seitdem er ihn beobachtet habe, erheblich abgemagert und heruntergekommen sei. Es habe fortwährend Fieber, wenn auch in wechselnder Höhe bestanden. Anfangs sei hauptsächlich über heftige, jedoch völlig unbestimmte, nicht localisirte Leibschmerzen geklagt worden, für deren Heftigkeit objectiv kein Grund nachzuweisen gewesen sei. Erscheinungen von Peritonitis hätten vollständig gefehlt. In den letzten Wochen seien Beschwerden bei Harn- und Stuhlentleerung aufgetreten. Seit circa 6 Tagen habe sich über der Symphyse

in der Mitte des Unterleibes eine derbe Infiltration unter den Bauchdecken bemerkbar gemacht. In deren Bereich sei der Percussionsschall gedämpft gewesen. Diese Infiltration habe in den letzten Tagen in der Richtung nach aufwärts zugenommen und sich dann in verhältnissmässig kurzer Zeit nach der linken Seite oberhalb des Poupart'schen Bandes ausgebreitet. Die Behandlung sei bisher nur symptomatisch (Verabreichung von Opiaten, feuchtwarmen Umschlägen u. s. w.) gewesen.

Ich konnte bei meiner ersten Untersuchung des Kranken (29. Juli) folgenden Befund feststellen: Stark abgemagerter junger Mann von bleicher Gesichtsfarbe, Körpertemperatur entschieden erhöht. Unterleib wenig aufgetrieben, weich; Druck nur in der unteren vorderen Bauchgegend schmerzhaft. Die Palpation kann hier eine ziemlich grosse und derbe Geschwulst in den Weichtheilen constatiren, welche von der Symphyse in der Mittellinie nahezu 4 Querfingerbreit nach aufwärts reicht; nach rechts erstreckt sie sich bei gleicher Höhe circa 3 Querfingerbreit seitlich von der Mittellinie. Nach oben, wie nach der rechten Seite ist sie ziemlich scharf begrenzt; nach der linken Seite sind die Grenzen weniger scharfe und verliert sich die Geschwulst mehr diffus werdend nach aussen bis über die Mitte des Ligament. Poup. hinaus. Letzteres bildet die untere Grenze, oben verläuft die Begrenzungslinie schräg von der Mitte nach aussen und unten. Die Haut ist in der Regio hypogastrica med. normal, die Geschwulst liegt hier mehr in der Tiefe; über dem Poupart'schen Bande linkerseits ist eine mässige Hervorwölbung der Weichtheile zu constatiren; hier zeigt auch die Haut leichtes Oedem und Röthung. Die Schmerzen, welche überall bei Druck auf die Geschwulst erzeugt werden, sind gerade hier am bedeutendsten. Jede Lageveränderung des Kranken ruft gleichfalls die heftigsten Schmerzen hervor. Bei der Rectaluntersuchung lässt sich ein grosser, ziemlich weicher Tumor fühlen, der die ganze Blasengegend einnimmt und stark in's Becken hervorragt. Bei bimanueller Untersuchung ergiebt sich, dass derselbe im Zusammenhang mit der durch die Bauchdecken fühlbaren Geschwulst steht und undeutlich Fluctuation wahrnehmen lässt.

Die Temperaturmessungen in den nächsten Tagen ergeben folgendes Resultat:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 31. Juli | M. 39,0 | A. 39,0 | 4. Aug. | M. 37,2 | A. 38,0 |
| 1. Aug. | M. 37,7 | A. 39,1 | 5. Aug. | M. 36,7 | A. 36,5 |
| 2. Aug. | M. 37,8 | A. 38,2 | Von da an fieberlos. | | |
| 3. Aug. | M. 37,5 | A. 38,5 | | | |

In den Tagen vom 29. Juli bis 5. August ist trotz der fortbestehenden Dysurie und schweren Stuhlentleerung insofern eine Aenderung zum Besseren eingetreten, als die Temperaturen wesentlich niedriger wurden, ja bis zur Norm herabgingen. Gleichzeitig aber ist an der gerötheten Parthie oberhalb des Poupart'schen Bandes stärkere Vorwölbung und deutliche Fluctuation (Gefühl des verminderten Widerstandes in der sonst bretthارten Infiltration) an umschriebener Stelle aufgetreten. Es wird darum am 6. August längs des Poupart'schen Bandes eine circa 10 cm lange Incision in Chloroformnarkose gemacht, welche eine beträchtliche Menge grünlichen, sehr übelriechenden Eiters zu Tage fördert. Durch die Abscesshöhle ziehen nekrotische graulich verfärbte Bindegewebsfetzen hindurch. Der eingeführte Finger kann in dem morschen Gewebe nicht vordringen, da eine Perforation des Peritoneums zu befürchten ist. Auswaschung mit 3 proc. Borsäurelösung, Einführen von zwei weiten Drainageröhren, antiseptischer Verband.

13. August. Täglicher Verbandwechsel nöthig durch die reichliche Eitersecretion. Wunde beginnt von den Rändern her gut zu granuliren, in der Tiefe haften noch viele nekrotische Bindegewebsfetzen. Allgemeinbefinden besser. Temperatur seither normal. Dysurie verschwunden. Verkleinerung des Tumors sowohl bei Palpation wie bei Rectaluntersuchung zu constatiren.

Heute Abend wieder Wasserschneiden.

15. August. Rectaluntersuchung constatirt wieder eine mässige Zunahme und grössere Schmerzhaftigkeit der Geschwulst. Dysurie hat wieder nachgelassen.

20. August. In den letzten Tagen hat sich der im Becken befindliche Tumor wieder erheblich stärker gegen das Rectum zu vorgewölbt, derselbe ist jetzt für den tastenden Finger auf seiner linken Seite viel weicher geworden und fühlt sich teigig an; rechts dagegen befindet sich noch eine ziemlich beträchtliche Härte. Die oberen, durch die Bauchdecken wahrnehmbaren Grenzen der Geschwulst gehen zurück. Die Wunde verkleinert sich beträchtlich. Druck gegen die Geschwulst vom Rectum aus entleert jetzt eine überaus grosse Menge sehr übelriechenden, gelbgrünen Eiters durch die Inguinalwunde.

Es wird der Kranke, um dem Eiter besseren Ausfluss zu verschaffen, angewiesen, viel in der Bauch- oder linken Seitenlage zuzubringen.

2. September. Nachdem die Eiterentleerung in den letzten 10 Tagen eine sehr beträchtliche war (namentlich bei Druck mit dem in's Rectum eingeführten Finger), hat seit 2 Tagen die Secretion auffallend rasch abgenommen und ist jetzt bis auf ein Minimum gesunken. Gleichzeitig ist auch der Tumor im Becken viel kleiner und flacher geworden.

1. October. Die Geschwulst im Becken ist jetzt vollständig rückgängig geworden. Man fühlt weder durch die Bauchdecken, noch vom Rectum aus Reste derselben; nur im Bereiche der Inguinalwunde, die bis auf eine etwa stecknadelkopfgrosse Oeffnung vernarbt ist, sind die Weichtheile noch ein klein wenig derber. Stuhl- und Urinentleerung vollständig normal. Das Allgemeinbefinden ausgezeichnet. Der Kranke ist in den letzten Wochen bei seinem sehr starken Appetit auffallend dick geworden.

10. October. Patient vollständig genesen, arbeitet wieder.

Vergleichen wir den eben geschilderten Fall mit dem zuerst beschriebenen, so finden wir im Grossen und Ganzen analoge Verhältnisse.

Bezüglich der Aetiologie haben wir hier wie dort keine uns bestimmten Aufschluss gebenden Anhaltspunkte. Ohne eine vorausgegangene Allgemeinerkrankung oder Localerkrankung der Beckenorgane, ohne die Einwirkung eines Trauma sehen wir die Entzündung in dem prävesicalen Bindegewebe entstehen. Wir sind deshalb, wie ich glaube, auch hier berechtigt, sie als eine selbständige (idiopathische) Erkrankung aufzufassen. Die Eingangspforte der Infection bleibt uns aber unaufgeklärt.

Die Phlegmone hat sich hier ebenfalls im eigentlich prävesicalen Raum abgespielt. Ihr Verlauf umfasst einen kürzeren Zeitraum wie im ersten Falle; doch beträgt derselbe immerhin etwas über 4 Monate vom Beginn der Erkrankung bis zur völligen Genesung gerechnet. Es lassen sich im Verlaufe auch hier wieder die 2 Stadien unterscheiden — das der allgemeinen Symptome und das der fühlbar werdenden Geschwulst.

Die Symptome des ersten Stadiums bestanden anfänglich in kolikartigen Leibschmerzen ohne bestimmte Localisation und Fiebertemperaturen von wechselnder Höhe. Dem gesellte sich nach Verlauf von circa 6 Wochen Erscheinungen von Dysurie und Beschwerden bei Stuhlentleerung hinzu. Circa 2 Monate nach Beginn der Erkrankung wurde die Geschwulst im Abdomen durch die Bauchdecken nachweisbar und zwar zuerst in der Regio hypogastrica media direct über der Symphyse. Sie erreichte dort eine Höhe von nahezu 4 Querfingerbreite und verbreitete sich aber schliesslich nach der linken Seite zu. In der linken Inguinalgegend bereitete sich unter Röthung und Infiltration der Haut der Durchbruch des Eiters vor, während er im ersten Falle, wie gewöhnlich, in der Regio hypogastrica media seinen Ausweg gesucht hatte. Die Rectaluntersuchung ergab charakteristischen Befund durch den Nachweis einer grossen, die Blasengegend einnehmenden Geschwulst. Diese wechselte nach der Incision in ihrer Grösse je nach ihrer stärkeren oder geringeren Anfüllung mit Eiter. Druck auf dieselbe mit dem in's Rectum eingeführten Finger entleerte oft grosse Massen des für die Bauchwandabscesse eigenthümlichen grünlichen, höchst übelriechenden Eiters. Der schliessliche Ausgang war ein vollständig guter; es erfolgte vollständige Heilung,

der Kranke erhielt seine volle Körperkraft, die allerdings eine Zeit lang in hohem Grade geschwächt war, wieder zurück.

Zum Schlusse noch eine Bemerkung. Die beiden eben mitgetheilten Beobachtungen haben mich gelehrt, dass den in den beschriebenen Zellgewebsräumen vor der Blase (Cavum Retzii) sich abspielenden phlegmonösen Processen gewiss grosse klinische Bedeutung zukommt, und dass sie (wenigstens was die idiopathischen Formen anlangt) als eigenartige, unter charakteristischen Symptomen verlaufende Erkrankungen wohl beachtet zu werden verdienen.

## Referate u. Bücher-Anzeigen.

### Der Bacillus der grünen Kinderdiarrhoe.

Referent: Privatdocent Dr. Escherich.

1) Hayem: Traitement de la dyspepsie du premier âge et particulièrement de la diarrhée verte. Acad. de méd. 17. Mai 1887.

2) Lesage: Diarrhée verte des enfants du premier âge. Le Bulletin médical 1887. 26. Oktober.

Schon vor mehreren Monaten machte die Mittheilung Hayem's in der Pariser Akademie von der Entdeckung eines Bacillus der grünen Kinderdiarrhoe durch seinen Schüler Lesage die Runde durch die deutschen Blätter. Die soeben erschienene Arbeit des Letzteren enthält freilich wiederum mehr eine Reihe zum Theil wenig wahrscheinlicher Behauptungen, als eine wirklich überzeugende, gründliche Darlegung. Indess mag das Interesse, welches diese Frage in Frankreich erregte und der Umstand, dass sie gewissermassen einen Wendepunkt der dort herrschenden Anschauungen über das Wesen und die Therapie der Kinderdiarrhoeen darstellt, eine Besprechung an dieser Stelle rechtfertigen.

In der Sitzung der französischen Akademie am 1. Mai d. J. berichtete Hayem über das epidemische Auftreten »grüner Diarrhoe« in der Krippe des seiner Leitung unterstellten Hospitales St. Antoine. Er machte die Beobachtung, dass stets nach Einschleppung eines derartigen Falles von aussen eine Anzahl der in der Krippe befindlichen Säuglinge in gleicher Weise erkrankten. Erst als er die sofortige Entfernung der schmutzigen Windeln aus dem Saale und ihre gründliche Desinfection in kochendem Wasser anordnete, hörte diese epidemische Ausbreitung auf. Bei Behandlung der kleinen Patienten leistete ihm die Verabreichung kleiner Dosen von Milchsäure nach der Formel:

Rp. Acid. lactic. 2,0
Aq. destill. 80,0
Syr. spl. 20,0
D. S. 2stl. 1 Kaffeelöffel z. n.

die besten Dienste, so dass er 75 Proc. Heilungen erzielte.

Sein Schüler Lesage züchtete aus den Stühlen dieser Kinder einen den grünen Farbstoff produzirenden Bacillus, den er zugleich als die Ursache der Erkrankung betrachtet. Die weiteren Angaben H.'s über die Art der Infection und die Biologie des Bacillus befanden sich theils in directem Gegensatz zu der späteren Mittheilung Lesage's, theils sind sie dort wiederholt, so dass wir sofort zur Besprechung der letzteren übergehen können.

L. bemüht sich zunächst den gänzlich unwissenschaftlichen Ausdruck der »grünen Kinderdiarrhoe« etwas näher zu präcisiren, indem er zwei Formen derselben unterscheidet. Die eine derselben, die Diarrhée bilieuse, ist auf vermehrten Zufluss der Galle und vermehrten Gehalt von Gallenfarbstoff in den Stühlen zurückzuführen. Sie soll meist zwischen dem 4.—20. oder 25. Lebenstage eintreten und mit etwas vermehrter Zahl der Entleerungen, jedoch ohne anderweitige Krankheitserscheinungen ablaufen. Trotzdem constatirte L. in dem unmittelbar post mortem eröffneten Darmcanal solcher Kinder neben dem Reichthum an Gallenfarbstoffen eine intensiv sauere Reaction und leichte Entzündungserscheinungen der Darmschleimhaut.

Bei der anderen Form der grünen Diarrhoe ist die Färbung des Stuhles durch die Anwesenheit eines Farbstoffes bedingt, der von einem specifischen, in den Stühlen enthaltenen Bacillus erzeugt wird. Die Reaction dieser Stühle ist neutral oder nur schwach sauer, Gallebestandtheile nur in geringer Menge darin enthalten. Microscopisch finden sich darin träge bewegliche Stäbchen von 2—3 $\mu$ Länge, 1 $\mu$ Breite; unter besonderen Verhältnissen können sie auch zu Fäden bis zu 20 $\mu$ Länge auswachsen. Mittels Gelatineplatte werden sie leicht in Reincultur erhalten und bilden darauf oberflächlich wachsende, nicht verflüssigende Colonien, welche durch Erzeugung eines löslichen, grünen Farbstoffes der Nährgelatine auf weithin eine prächtig grüne Färbung verleihen.

Die mit diesen Bacillen an jungen, noch saugenden Kaninchen angestellten Thierversuche ergaben, dass dieselben sowohl bei Verfütterung wie bei directer Einspritzung in den Dünndarm bei den Thieren »grüne Diarrhoeen« verursachen. Auch nach Einspritzung in's Blut werden sie in den Darmcanal ausgeschieden und verursachen dann — durch Bildung reizender Toxine? — die gleichen Erscheinungen.

Die Infection der Säuglinge soll — im Gegensatz zu den früheren Angaben Hayem's — so gut wie ausschliesslich durch Vermittlung der Luft erfolgen. Die auf den schmutzigen Windeln eingetrockneten, sehr widerstandsfähigen Bacillen gelangen in Staubform in die Luft, werden eingeathmet und nach dem Dünndarm ausgeschieden. Brust und Päppelkinder werden in gleicher Weise befallen. Auf saueren Nährböden vermag der Bacillus sich nicht zu entwickeln, insbesondere scheint die Milchsäure seine Vermehrung zu hindern. Die biologischen Eigenschaften dieses Bacillus stehen demnach in vollsten Einklang mit den von Hayem gemachten Beobachtnngen und Erfahrungen.

Die an die Verlesung dieses Schriftstückes sich anschliessende Discussion in der Sitzung der Akademie vom 25. October d. J. ergab keine neuen Gesichtspunkte.

Ohne ein abschliessendes Urtheil über die Bedeutung dieses Bacillus fällen zu wollen, möchte Ref. schon jetzt darauf hinweisen, dass eines Theils Angaben über wichtige Punkte, so die Zahl der untersuchten Fälle, die Art der Kothentnahme, die Menge der im Stuhl vorhandenen Bacillen u. A. m. fehlen, andererseits gegen einige der mitgetheilten Punkte gegründete Bedenken nicht unterdrückt werden können. So scheint die Beweiskraft der Thierversuche, in denen nur das Auftreten »grüner Entleerungen« aber keiner anderen Krankheitserscheinungen berichtet wird, zum mindesten fragwürdig; ebenso der ungewöhnliche Modus der Infection. Insbesondere aber scheint die antiseptische Wirkung und der therapeutische Effect so kleiner Dosen Milchsäure (0,5—0,6 pr. die), welche die Entwicklung des Bacillus im ganzen Verlauf des Darmcanales hemmen sollen, unbegreiflich. Im Uebrigen scheint derselbe der wohlbekannten Gruppe der grün fluorescirenden Bacillen anzugehören, die zu den verbreitetsten Fäulnisskeimen zählen, und auch schon durch das lebhafte Sauerstoffbedürfniss, das Lesage ihnen zuschreibt, zur Vegetation im Darmkanal wenig geeignet. Escherich-München.

## Vereinswesen.

### I. Niederländischer Congress für Naturwissenschaft und Medicin.

Gehalten zu Amsterdam den 30. September und 1. October 1887.

(Originalbericht von Dr. med. C. B. Tilanus, Privatdocent der Chirurgie an der Universität Amsterdam.)

(Fortsetzung.)

Section für innere Medicin.

Erste Sitzung.

Aus den Sectionssitzungen sind für diese Zeitschrift nur einige kurze Mittheilungen zu machen.

Die medicinische Section wurde von Prof. Dr. **Donders** mit einer Rede über die **Entwicklung der medicinischen Wissenschaften in den letzten 50 Jahren**, die er persönlich in der medicinischen Welt mit durchlebt hat, eröffnet.

Vor 50 Jahren, als Donders den Vorlesungen des unvergesslichen Schweden van der Kolk beiwohnte, schrieb Johannes Müller sein Handbuch über Physiologie, das eine neue Periode eröffnete, hat Schwann mit der Entdeckung der thierischen Zelle die Grundlage der Histologie gegeben, und wurde durch Liebig und Mulder die physiologische Chemie zur Wissenschaft erhoben.

Was die Genannten gegründet, wurde weiter von ihren Schülern ausgebaut. Mit Riesenschritten entwickelte sich die Physiologie durch Brücke und Helmholtz, Dubois Reymond und Ludwig und nicht weniger durch Claude Bernard. Die pathologische Anatomie wurde selbstständig gemacht durch Rokitansky; Virchow hat das Wesen der Krankheitsprocesse weiter erklärt, Skoda begründete eine wissenschaftliche Diagnostik. Die ärztliche Kunst wurde dadurch in hohem Maasse von der Wissenschaft beeinflusst. Im Anfang wurde die conventionelle Therapie verlassen, und im Eifer der Werth der Therapie überhaupt geläugnet. Bald sah man aber ein, dass die Skepsis zu weit zu gehen drohte, und auf die Wissenschaft gestützt, wurden für die Therapie die schönsten Entdeckungen gemacht. Die antiseptische Wundbehandlung wurde auf Grund streng wissenschaftlicher Studien von Lister und Pasteur eingeführt. Die bacteriologische Untersuchungsmethode von Koch eröffnete neue Wege. Pekelharing hat durch sie in unserm Indien Resultate bekommen, die ohne Zweifel von grossem Nutzen sein werden. Auch die Specialisten haben ihre Erfolge dem streng wissenschaftlichen Streben zu verdanken. Denkt man dabei an den grossen Einfluss der Chemie auf die Therapie, dann kann man mit Recht sagen, dass die Wissenschaft vieles für die ärztliche Kunst geleistet hat.

Herr **Straub** (Utrecht) liest: **Ueber Gleichgewicht der Gewebsspannung im Auge,** und versucht zu beweisen, dass dabei die Choroidea die grösste Rolle zu spielen hat. Gewebe ohne Muskelfasern können dabei keine Dienste leisten, wohl aber die Choroidea, die viele musculöse Theile besitzt. Wird das Auge durchschnitten, so zieht sich die Choroidea am Rande zurück. In einem vom Redner beobachteten Falle von Tuberculose des Auges war die Choroidea zurückgezogen und die Lymphspalten vergrössert. Die vordere Augenkammer war tiefer, die Tension war verringert. Beim Glaucom wird gefunden, dass die vordere Augenkammer weniger tief und der Abfluss durch die Lymphräume (Canalis Schlemmii) dadurch gehemmt ist, was zu erklären ist durch Erschlaffung der Choroidea. Spannung der Choroidea entlastet theilweise die Sclera vom intraoculären Druck, auch die Cornea wird dadurch beeinträchtigt, da die Membrana Descemetii als Sehne des Musculus ciliaris betrachtet werden kann und so durch Contraction dieses Muskels angespannt wird.

Dies erklärt den Werth des Eserins, da durch dasselbe die Abführung der Lymphe verbessert wird. Auch die Bedeutung der Erschlaffung der Choroidea für progressive Myopie wurde dabei erörtert.

Prof. Dr. **Guye** (Amsterdam) spricht: **Ueber Aprosexie (Störung des Vermögens, die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu fesseln), durch Nasenkrankheiten verursacht.**

Aprosexia wird hergeleitet von *προσέχειν τὸν νοῦν*. Es ist bekannt, dass Schnupfen und dergleichen Nasenkrankheiten oft ein Unvermögen zu Denken mit sich bringen. Dies macht es schon a priori wahrscheinlich, dass auch adenoide Vegetationen etc. die Hirnfunctionen beeinträchtigen können. Prof. Guye behandelte mehrere Fälle von Nasenkrankheiten mit Vegetationen, wobei Schlafen mit offenem Munde etc. beobachtet wurde und sah mit dem Erfolge der localen Therapie oft auch Verbesserung oder Genesung von Aprosexie. Die directe Ursache der Aprosexie wäre eine Retentions-Erschöpfung, ein gehemmter Abfluss der Gehirnlymphe, vielleicht auch Hyperämie, bei den oben genannten Fällen verursacht durch Nasenkrankheiten. Auch Neurasthenie soll mit Nasenerkrankungen in Zusammenhang stehen können. Prof. Guye frägt, ob nicht auch die Frage der Ueberbürdung (Surménage) mit solchen Erfahrungen rechnen sollte.

Dr. **van Renterghem** (Amsterdam) behandelt den **Hypnotismus und seine Anwendung in der ärztlichen Praxis.**

Die Geschichte des Hypnotismus wird in Kurzem dargestellt, und näher auf die schönen Resultate eingegangen, die man, besonders in Frankreich nach dem Verfahren von Liébeault und Voisin damit erhielt.

Die meisten Personen können unter hypnotischen Einfluss gebracht, nicht alle aber schlafend gemacht werden. Der Vortragende theilt seine bei 187 Fällen gemachten Erfahrungen mit, und wie er die besten Resultate erhielt bei Nervenkrankheiten, aber auch andere, selbst organische Erkrankungen, könnten jedenfalls indirect verbessert werden. Indessen sollte die Suggestion die anderen Therapeutica nicht verdrängen, doch solle sie als Therapeuticum auch anerkannt werden. Die Frage, ob Hypnotismus und Suggestion für die Patienten gefährlich sei, verneint v. R., wenn nur der Arzt mit genauer Fachkenntniss handle.

In der Discussion äussert Dr. Küthé (Tiel) seine Furcht, dass doch die Hypnotisirungen, längere Zeit angewendet, ungünstigen Einfluss haben und nennt es gefährlich, die Patienten ihres freien Willens zu berauben. Er meint man wäre noch nicht in der Lage die Hypnose als Therapeuticum anzuwenden.

Auch Dr. van Derenter (Amsterdam) hat ungünstige Einflüsse bei Hypnotisirten gesehen, aber er hält es für möglich, dass er nicht gut hypnotisirt hat und frägt daher, ob Dr. v. R. seine Methode demonstriren wollte. Prof. Donders sagt, dass man sich über eine so wichtige Frage nicht zu schnell aussprechen solle und meint, dass man mit blossem Debattiren ohne wissenschaftliche Unterlage nicht weiter komme und bittet daher Dr. v. R., sich mit Dr. van Derenter zu verständigen und später seine Befunde bekannt zu geben.

(Schluss folgt.)

---

## Der VI. internationale Congress für Hygiene und Demographie zu Wien 1887.

(Originalbericht.)

(Fortsetzung.)

III. Section. 2. Sitzung.

**Thema: Aetiologische und prophylaktische Erfahrungen über die Cholera-Epidemien in Europa während der letzten 3—4 Jahre.** Berichterstatter: **Proust**-Paris, **Ballet**-Paris, **Hauser**-Madrid, **Babes**-Budapest, **M. Gruber**-Wien.

Bericht von Proust und Ballet über die Cholera in Frankreich. Die Cholera brach 1884 in Toulon aus, verbreitete sich nach Marseille und in die benachbarten Departements, kam dann nach Paris, ohne aber die nordwestlichen Departements zu berühren, und erlosch zu Ende des Jahres (Juni—November). Im Ganzen wurden 31 Departements ergriffen; 1885 im Frühjahr erschien sie von neuem in Toulon und Marseille und dann folgte Ende dieses Jahres merkwürdiger Weise eine Epidemie in der Bretagne, die sich durch den Winter bis in den Anfang 1886 hinauszog. Die Gesammtzahl der Choleratodten in den Jahren 1884/85 betrug in Frankreich etwas weniger als 12,000, eine im Vergleich zu früheren Epidemien niedrige Zahl. Die Cholera ist in Frankreich im Verhältniss zur Einwohnerzahl immer milder aufgetreten, sodass eine fortwährende Abnahme ihrer Gefährlichkeit zu constatiren ist.

Die Epidemie von 1884/85 habe Thatsachen geliefert, welche zweifellos die Uebertragungsfähigkeit vom Menschen auf den Menschen beweisen. Man finde dieselben nicht in der Geschichte der Epidemien in den grossen Städten, sondern in jenen der Dörfer oder der kleinen Städte. Eine Anzahl solcher Fälle wird ausführlich mitgetheilt.

Eine Rolle bei der Uebertragung spielen nach dem Bericht zunächst die Kranken, dann die beschmutzten Effecten, wofür Belege beigebracht werden; ferner besonders das Wasser, was durch Fälle bewiesen wird, bei denen die Cholera sich an Flussläufen flussabwärts verbreitete. (Bekanntlich gibt es aber

ebenso viele Beispiele, wo die Cholera in Flussthälern dem Wasserlauf entgegen sich verbreitete; der Nachweis des Cholera-Vibrio im Wasser fehlt). Der Luft wird als Uebertragungsmittel, wenigstens für grössere Entfernungen, jede Bedeutung abgesprochen.

Ausdrücklich wird übrigens zugestanden und mehrfach constatirt, dass es, im Gegensatze zu früheren Choleraepidemien, 1884 ganz unmöglich war, den Einschlepper oder die Art der Einschleppung der Cholera nach Frankreich (Toulon) zu ermitteln.

Den prophylaktischen Maassnahmen glauben die Berichterstatter zu einem grossen Theil die relative Milde der letzten Choleraepidemie in Frankreich zuschreiben zu dürfen. Was die Maassregeln im einzelnen betrifft, so wäre nach Fauvel die eigentliche Aufgabe gegenüber der Cholera, dieselbe auf ihren Eintrittswegen nach Europa, über das rothe Meer und über das kaspische Meer aufzuhalten. Aber auch nach Ueberschreitung des rothen Meeres sei nicht alles verloren. Der Nutzen der Seequarantäne sei unzweifelhaft (obwohl ausser der erwähnten Einschleppung 1884 in Toulon, noch eine weitere gegen Ende 1885 in Concarneau, vermuthlich durch spanische Thunfischer zugegeben wird!) Angesichts der Hindernisse für den Handel sei es aber nöthig, soweit als möglich Zahl und Dauer der Quarantänen zu beschränken. Im Zusammenhang hiemit wird vorgeschlagen: Gute Ventilationseinrichtungen für alle Passagierschiffe, Desinfectionsvorkehrungen auf Schiffen, die aus verseuchten Häfen kommen, während der Fahrt und bei der Ankunft, auf Dampfschiffen ständige Anwesenheit eines Arztes, der den Gesundheitszustand der Passagiere und die stricte Durchführung der sanitären Maassnahmen zu überwachen hat.

Landquarantänen wurden in Frankreich nicht angewendet, wohl aber wurden auf Befehl des Handelsministers an den Bahnhöfen des Südens ärztliche Stationen eingerichtet, deren Personal das Recht hatte, erkrankte Reisende an Fortsetzung der Reise zu verhindern und in isolirte Pflegelocale in der Nähe der Bahnhöfe unterzubringen. (Ob und in wieviel Fällen das geschah, ist nicht angegeben.) Ausserdem wurden in den grösseren Städten die allgemeinen sanitären Vorschriften betreffend die öffentliche und individuelle Hygiene eingeschärft und Desinfectionsmaassregeln vorgeschrieben. In Paris besonders wurde mit grösster Energie vorgegangen und zufolge Weisung des Polizeipräfecten die sofortige Isolirung des Kranken, Desinfection seiner Wohnung und seiner Effecten als Hauptaufgabe betrachtet. Zu diesem Zweck waren alle Polizeiorgane Tag und Nacht in Bereitschaft; sobald ein Fall angezeigt wurde, constatirte sofort der Arzt des betreffenden Bezirks die Krankheit. Der Kranke wurde hierauf, wenn er einwilligte, und das war die grosse Mehrzahl der Fälle, in's Spital verbracht, und seine Wohnung sofort desinficirt.

Der Bericht schliesst mit einer kurzen Darstellung der in Frankreich über die Natur und die Pathogenese der Cholera ausgeführten Untersuchungen, unter denen besonders jene von Straus, Roux, Nocard, Nicati und Rietsch hervorgehoben werden. Erwähnt wird ferner der »kühne aber wenig beweisende« Versuch von Bochefontaine, der eine Cultur von Kommabacillen verschluckte und später sich mit solchen subcutan inficirte, beidemale ohne Nachtheil. Die meisten französischen Arbeiten unterstützen die Anschauung Koch's über die aetiologische »Bedeutung der Kommabacillen«. Gegentheilig äussert sich jedoch Bouchard, indem er auf Grund seiner klinisch-therapeutischen Erfahrungen bestreitet, dass die Cholerabacillen von Koch die Ursache der Krankheit seien, oder wenigstens dass dieselben nicht ausschliesslich den Darmtractus bewohnen können. Bouchard hat seine sämmtlichen Kranken mit Naphthalin und Jodoform in solchen Dosen behandelt, dass dadurch intestinale Asepsis herbeigeführt wird, und trotzdem eine Mortalität von 66 Proc. erhalten. Darunter waren auch Fälle, die den ersten Anfall überstanden, und bei denen dann vorsichtshalber mit der inneren Antisepsis fortgefahren wurde. Trotzdem erfolgten in mehreren Fällen Recidive. Ebenso erkrankten in einem benachbarten Saal 2 Typhuskranke, die innerlich mit den nämlichen Mitteln antiseptisch behandelt worden waren, an Cholera. Bacteriologische Versuche von Chantemesse zeigten, dass minimale Quantitäten der von Bouchard bei seinen Kranken angewendeten Präparate genügten, um in Culturen das Wachsthum der Cholerabacillen gänzlich zu verhindern. (Leider fehlt die wichtige Angabe, ob die Dejectionen der von B. mit innerer Antisepsis behandelten Kranken thatsächlich keine Kommabacillen enthielten.

Es folgt der Bericht von Hauser-Madrid über die Choleraepidemie 1884/85 in Spanien. Aus den Schlusssätzen dieses, im Gegensatze zu dem vorhergehenden französischen, ganz auf localistischem Boden stehenden Berichtes sei Folgendes hervorgehoben:

1) Der Cholera-Erreger bedarf zu seiner Entwicklung: Luft, Feuchtigkeit, Wärme und organische Stoffe, er kann daher nur in den oberflächlichen Bodenschichten gedeihen, höchstens bis zu 3 Meter Tiefe.

2. Die Bewegung des Wassers ist ihm feindlich. Er sucht sich mit Vorliebe auf den Ufern fortzupflanzen, wobei er den Weg flussaufwärts und noch lieber die Ufer der Nebenflüsse aufsucht, d. h. er gedeiht im feuchten Boden, aber nicht im Wasser.

3) Wenn auch der Cholera-Keim durch gebrauchte Gegenstände, welche ihm als Vehikel dienen, verschleppbar ist, so genügt doch der Verkehr zwischen zwei Oertlichkeiten, von denen die eine verseucht, die andere cholerafrei ist, niemals, um ohne Vermittlung eines günstigen Bodens eine Epidemie zu erzeugen.

4. Die Rolle des Trinkwassers beschränkt sich darauf, die Epidemie intensiver zu machen und ihre Ausbreitung schneller, wenn es schlecht ist, sie milder zu machen, wenn es gut ist.

5) Alle prophylaktischen Maassregeln, Isolirung der Kranken, Desinfection der Häuser und der Gebrauchsgegenstände und ebenso Zerstörung der Letzteren, sind vollkommen ungeeignet, um den Lauf der Epidemie zu hemmen ohne Assanirung des Bodens, dieses Lieblingssitzes der pathogenen Mikroorganismen.

6. Der Eisenbahnverkehr ist weit entfernt, zur Ausbreitung des Cholerakeimes beizutragen.

Es folgt der Bericht von Babes-Budapest über die letzte Cholera-Epidemie in Ungarn.

Berichterstatter gibt zuerst verschiedene Mittheilungen über das Vorkommen und die Biologie des Cholera-Bacillus. Derselbe gibt an, den Cholera-Bacillus mehrere Male in den Nieren durch Culturen zweifellos nachgewiesen zu haben. Desgleichen gelang 2 mal der Nachweis in Speichel, Zungen- und Zahnbelag Cholerakranker. Aus dem Ausgebrochenen war es nur selten gelungen, Kommabacillen zu erhalten. Berichterstatter ist extremer Contagionist, indem er behauptet, dass weder Boden, Luft oder Wasser, noch Zeit und Ort einen allgemein bestimmenden Einfluss auf die Cholera-Epidemien zeigen, wohl aber immer und in jedem Fall die Ansteckung durch Menschen und Effecten in einer Weise, in welcher der Kommabacillus übertragen werden kann.

Die Cholera herrschte in Ungarn vom Juni 1886 bis Ende Januar 1887. Zunächst ergriffen war Fiume; von hier aus verbreitete sich die Krankheit nach Croatien zunächst längs der Bahn, langsamer in die Umgebung von Fiume, wo dieselbe die grösste Intensität aufweist. Auf nicht näher zu ergründende Weise tritt die Krankheit anfangs September in Raab auf und verbreitet sich längs der Donau und der unteren Theiss. Ausserdem wurde die Krankheit durch die Bahn in's nördliche Ungarn gebracht und bildet im Liptauer und Zipser Comitat einen ziemlich isolirten Seuchenherd. Im Ganzen waren 6 Städte und 51 Ortschaften mit 863000 Einwohnern ergriffen, unter denen nach der amtlichen Statistik 2724 erkrankten und 1457 starben. In den Städten erkrankten von 529382 Einwohnern 1680, in den kleineren Ortschaften erkrankten von 333247 Einwohnern 1044 und starben 548.

In Anfang 1887 traten in Budapest nochmals einige choleraverdächtige Fälle auf, die sich jedoch nicht als Cholera asiatica herausstellten. Dagegen fand Berichterstatter bei diesen Fällen, die sämmtlich nach 1—2tägiger Krankheit in Genesung über-

gingen, eigenthümliche Spirillen in grosser Menge in den Dejectionen, die jedoch nicht dem Kommabacillus angehörten.

Die prophylaktischen Maassregeln hält Berichterstatter gegen die Cholera für ausserordentlich wirksam, vorausgesetzt, dass sie stricte ausgeführt werden. Der Charakter der Epidemie selbst habe sich nach seinen Erfahrungen nicht geändert, die Epidemie selbst sei nicht milder geworden als frühere Epidemien, das gelindere Auftreten sei vielmehr einfach durch die rationelleren Verfügungen und durch den höheren Bildungsgrad der Bevölkerung bedingt. (Von anderer Seite wurden beim Congress die sanitären Zustände Budapest's während der Cholera als schauderhafte bezeichnet.) Es könne nicht genug betont werden, dass kaum eine andere Epidemie so grosse Empfindlichkeit gegenüber rationellen prophylaktischen Maassregeln aufweist als die Cholera; dies zeige z. B. »das prompte Abfallen der Erkrankungscurven bei energischem Einschreiten des Regierungscommissärs in Fiume, Raab, Budapest und Szegedin.« (!In der That sind dem Bericht zwei Choleracurven von Raab und Szegedin beigegeben, bei denen sich auf der Höhe des sehr steil abfallenden Choleragipfels die Bemerkung findet: »Ankunft des Choleracommissärs.« !)

Bericht von M. Gruber-Wien über die Cholera in Oesterreich in den Jahren 1885/86.

Dieser höchst sorgfältig und objectiv bearbeitete Bericht, der zu wichtigen Ergebnissen geführt hat, verdient hier eine eingehende Würdigung. Die Cholera trat Ende 1885 in Oesterreich auf (5 Fälle in Triest), schwieg dann bis Juni 1886, von wo an sie in epidemischer Ausbreitung sich zeigte. Im Ganzen kamen bis Ende 1886 1870 Erkrankungen mit 1119 Todesfällen zur Anzeige, davon allein in Triest und Umgegend 905 Erkrankungen mit 564 Todesfällen. Hauptsächlich betheiligt war ausserdem Istrien (701 Erkrankungen und 398 Todesfälle) weniger Krain, und Dalmatien. In bacteriologischer Hinsicht ist zu bemerken, dass in der grössten Mehrzahl der näher untersuchten Fälle (220) der Koch'sche Choleravibrio nachgewiesen werden konnte (namentlich Untersuchungen von A. Lustig in Triest). Der Nachweis gelang in allen frisch untersuchten Fällen; bei den negativ ausgefallenen Untersuchungen war theils das Alter der Dejectionen, theils das späte Stadium des Falles etc. die Ursache. Indess gelang es dem Referenten Gruber, auch in 4—6 Tage alten, bereits fauligen Dejectionen nach dem Verfahren von Schottelius die Cholera-Vibrionen dennoch nachzuweisen. Diese Beobachtungen veranlassten den Referenten zu Mischculturversuchen, bei denen sich ergab, dass der Cholera-Vibrio auf gutem Nährboden wenigstens einer grossen Zahl von Saprophyten gegenüber nicht so concurrenzunfähig ist, als man bisher angenommen hatte. Ein Parallelismus zwischen der Anzahl der Cholera-Vibrionen und der Schwere der Erkrankung konnte nicht aufgefunden werden. Im Gegentheil fand Lustig bei 20 Cholera Diarrhöen den Vibrio stets reichlich, häufig fast in Reincultur. Auch Gruber fand in 3 Fällen leichtester Cholera-Diarrhoe ungeheure Vibriomassen.

Diese letzteren Befunde sind ätiologisch und epidemiologisch ausserordentlich wichtig, da demnach den leichtesten Cholera-Diarrhöen bezüglich der Weiterverbreitung dieselbe Gefährlichkeit zugemessen werden muss, wie wirklich Cholerakranken.

Da somit auch bei der Epidemie in Oesterreich das stete Vorkommen des Cholera-Vibrio, andererseits das Fehlen dieser wohlcharakterisirten Bacterienart im Darme des Gesunden und andersartig Erkrankten constatirt wurde, so schliesst Referent, dass die Vegetation des Koch'schen Vibrio im Darme ein unentbehrliches Moment bei der Entwickelung des Choleraprocesses sein müsse.

Die Neapeler Bacterien Emmerich's wurden von Lustig und Gruber bei ihren Untersuchungen berücksichtigt und stimmen beide darin überein, dass diese Bacterienart sich sehr häufig, aber nicht constant bei Cholera findet. Der Nachweis gelang häufiger in den späteren als in den früheren Stadien der Krankheit. Bei Cholerasicca wurde dieselbe vermisst, dagegen fand sich dieselbe mehrmals bei Diarrhöen, die nicht mit Cholera zusammenhingen. Demnach sei denselben keine specifische ätiologische Bedeutung zuzuschreiben.

Referent prüft nun an der Hand der epidemiologischen Erfahrungen die Contagiositätsfrage. Im Ganzen ist in 119 österreichischen Ortschaften Cholera vorgekommen. An 50 von diesen Orten konnte festgestellt werden, dass der erste Cholerafall aus Choleraorten stammte. Für 36 Orte, über die Genaueres nicht zu ermitteln war, ist wenigstens das Bestehen eines lebhaften Verkehres mit verseuchten Orten erwiesen. Nur für 13 Ortschaften blieb die Herkunft ungewiss. Diese Ermittelungen sprechen zu Ungunsten der localistischen Auffassung, da die Ansteckung von Ort zu Ort, wenn es sich nur um Verschleppung eines dem Boden entstammenden Keimes handeln würde, ebenso oft durch Gesunde und deren Kleider und Effecten bewerkstelligt werden müsste. Die erwähnten Erfahrungen zeigen aber gerade, dass in sehr vielen Fällen die Cholera nicht durch Gesunde, sondern durch Kranke übertragen wurde, ein Beweis, der noch vollständiger gelingen würde, wenn nicht die Cholera-Diarrhöen, die ohne Zweifel grossentheils zur echten Cholera gehören, die sich aber der Controle leicht entziehen, ein Hinderniss bilden würden.

In 68 österreichischen Orten kamen mehrfache Cholera-erkrankungen vor. Für 26 von diesen 68 Ortschaften ist erwiesen, dass der erste constatirte Erkrankungsfall Fremde betraf, die von auswärts krank zugereist waren, oder Einheimische, die sich auswärts inficirt hatten. In drei weiteren Orten liess sich ermitteln, dass dem localen Auftreten der Cholera das Eintreffen inficirter Wäsche vorangegangen war.

50 mal sind Schwerkranke oder in schwere Krankheit Verfallende nachweisbar von einem verseuchten Orte in einen cholerafreien Ort gekommen; 29 mal sind diesem Ereignisse heimische Cholerafälle nachgefolgt. Tausende von Gesunden mögen während der Epidemie aus verseuchten Orten, namentlich aus Triest in cholerafreie Gegenden gekommen sein. Höchstens 69 von ihnen können, soweit die Nachweise reichen, Cholera verschleppt haben; dasselbe geschah aber durch 29 von 50 Schwerkranken. Die hochgradige Gefährlichkeit der Cholerakranken folgt aus diesen Zahlen ohne Weiteres. Dass übrigens ein Zusammenhang zwischen den ersten Fällen und den folgenden bestand, dafür spricht das Zeitintervall, das in 26 Fällen ermittelt werden konnte und das meistens nur 3—7 Tage betrug. Referent führt eine grosse Zahl dieser Ortsepidemien speciell auf.

An mehreren Orten hatte man daran gedacht, das Auftreten der Cholera einer Infection des Trinkwassers zuzuschreiben, aber nirgends ist der Beweis dafür erbracht worden, dass das Wasser verunreinigt worden ist, nirgends auch vermochte man durch bakteriologische Untersuchungen während des Herrschens der Epidemie, die mit allen Cautelen angestellt waren, den Cholerabacillus im verdächtigen Wasser nachzuweisen; nirgends hatte die sehr häufig frühzeitig vorgenommene Brunnensperre einen merkbaren Einfluss auf den Verlauf der Epidemie. Nirgends trugen auch die Ortsepidemien jene Charaktere an sich, die man a priori bei einer durch Infection der gemeinsamen Wasserversorgung hervorgerufenen Epidemie erwarten muss: nämlich plötzliches, massenhaftes Erkranken in den verschiedensten Ortstheilen mit gleichem Wasserbezuge.

Referent resumirt die erste Hälfte seiner Ausführungen dahin, die bisherigen Thatsachen stünden mit der bakteriologischen Forderung, dass die Cholera eine contagiöse Krankheit sei, im vollsten Einklange. Es sei kein Umstand hervorgetreten, der beweise, dass zur Erkrankung etwas anderes nöthig sei, als die directe Aufnahme der von Kranken aufgenommenen Keime, die somit die Annahme weiterer begünstigender Momente nöthig mache. Nicht so stehe es mit dem, worüber in dem Folgenden berichtet werden soll.

Oertliche Disposition. Die Entwicklung der Cholera in den einzelnen Orten war eine äusserst ungleichmässige. 119 Orte hatten überhaupt Cholerafälle, hievon nur 68 mehr als einen Fall, nur 32 wirkliche Epidemien. Auch diese waren sehr verschieden; in einem Orte Socerga wurden sogar 19,6 Proc. der Einwohner ergriffen. Beruhten diese Verschiedenheiten lediglich auf Zufälligkeiten?

Die einzelnen von der Cholera berührten Kronländer zeigten

grosse Verschiedenheiten. Triest und Gebiet hatte 5,9 promille, Görz und Gradisca dagegen nur 0,15 promille Erkrankungen. Noch deutlicher werden die Unterschiede, wenn man auf die einzelnen Bezirke herabgeht. Innerhalb Istriens z. B. hatte Capodistria 7,3, Parenzo dagegen nur 0,2 promille. In Capodistria wurden 22 Proc. der Ortschaften befallen, im Bezirk Pola nur 2,8 Proc. Referent untersucht nun den Einfluss des Verkehrs, um zu ermitteln, ob hiemit die ungleiche Cholera-Ausbreitung zusammenhängen könne. Zur Zeit der Epidemie war im Bezirk Capodistria der Bau der Eisenbahnstrecke von Triest nach Herpelje gerade im Betrieb und 2000 Arbeiter längs der ganzen Strecke beschäftigt. Gerade unter diesen Arbeitern erfolgte einer der ersten Choleraausbrüche, was wohl einen Fingerzeig zu bieten scheint. Erfährt man aber, dass die Bezirke Mitterburg und Pola, durch welche die Eisenbahnlinien Triest-Pola und Triest-Rovigno führen, fast immun geblieben sind, und bedenkt man ferner, dass in jeder Epidemie, aus welcher Nachrichten vorliegen, Capodistria am meisten zu leiden hatte, so beschränkt dies sehr die auf die Wirksamkeit des Verkehrs bezüglichen Muthmassungen. Sobald man aber über die Grenzen Istriens hinausblickt, könne die Meinung, dass allein im Verkehr die Lösung des Problems zu suchen sei, überhaupt nicht mehr festgehalten werden. Beispielsweise steht der görzische Bezirk Sesana in regstem täglichen Verkehr mit Triest, ebenso die Stadt Görz selbst und die drei anderen Bezirke der Provinz; und trotz alledem erfolgten in der Provinz Görz im Ganzen nur 31 Erkrankungen, ja, wenn man die auswärtigen Infectionen ausser Acht lässt, nur 16 Erkrankungen.

Nun könne man allerdings einwenden, dass nicht jeder Verkehr zu einer Uebermittelung des Infectionsstoffes führen müsse. Allein dem steht entgegen, dass Einschleppungen des Keimes auch in die schwach ergriffenen Bezirke nachweisbar stattgefunden haben, beispielsweise in den Bezirk Capodistria 7mal, in den Bezirk Mitterburg 4mal, Parenzo 3mal, Gradisca 4mal u. s. w.

Die Minimalzahl der erfolgten Ortsansteckungen wird durch die Zahl der Orte bezeichnet, in denen Cholerafälle constatirt worden sind. Man kann nun zusehen, wie oft diese Einschleppung von Erfolg begleitet gewesen ist, wie oft es zu Epidemien kam. Eine Tabelle gibt die bezüglichen Zahlen, welche unzweifelhaft lehren, dass nicht die ungleiche Zahl der erfolgten Ansteckungen die einzige Ursache der ungleichen Ausbreitung der Cholera in den verschiedenen Gegenden war, sondern dass die Vervielfältigung der Erkrankungen an den verschiedenen Orten mit ganz ungleicher Leichtigkeit vor sich gegangen ist, dass also die »Disposition« für Cholera grosse örtliche Verschiedenheiten gezeigt hat. Worin diese ungleiche örtliche Disposition bestehe, sei auf Grund des hier vorliegenden Materiales allerdings schwer zu entscheiden. Vor allem müsse man aber den Einwand berücksichtigen, dass vielleicht die local verschiedene Güte der prophylactischen Maassregeln einen Einfluss geübt habe.

Referent bespricht daher die in Oesterreich geübte Cholera-prophylaxis. Hievon sei nur hervorgehoben, dass die ärztliche Revision in Cormons allein dem Staate ca. 10000 fl. kostete. Einen gewissen Erfolg hatte die Gepäckrevision, da in Cormons 301mal schmutziges Reisegepäck, 191mal solche Eil- und Frachtgutsendungen zurückgehalten und desinficirt wurden. Mit Cholerakranken oder Todten an Bord liefen 5 Schiffe österreichische Häfen an, ohne dass es hiedurch zur Infection kam. Sicherlich ist Oesterreich niemals so gut gegen die Cholera gerüstet gewesen als im Jahre 1886. Trotzdem fragt es sich, ob die Geringfügigkeit der Epidemie das Ergebniss der Schutzmaassregeln gewesen; es hat in den hier bezüglichen österreichischen Ländern schon Epidemien gegeben, die unvergleichlich gelinder verliefen als die jüngste, ohne dass das Geringste zu ihrer Einschränkung geschehen wäre. Die letzte Triester Epidemie beispielsweise war reicher an Erkrankungen, als alle früheren seit 1855. Es wäre auch in der That verhängnissvoll, wenn man sich der Täuschung hingeben wollte, als wären wir bei unseren heutigen sanitären Einrichtungen, bei dem heutigen Zustand der Bevölkerung zu einem ernsten Kampfe gegen die Cholera oder andere grosse Volkskrankheiten bereits gerüstet. Wie weit man auch in vielen Theilen Oesterreichs davon entfernt sei, belegt Referent durch Anführung zahlreicher drastischer Beispiele. Die auffälligsten Belege dafür, wie wenig sich die Cholera um die Präventiv-Maassregeln kümmerte, sind aber wohl die Städte Pola und Triest. Von den sanitären Zuständen in Pola entwirft der betreffende Bericht ein trauriges Bild. Der grösste Theil seiner 26000 Einwohner gehört dem Arbeiterstand an, die meist in ganz unzulänglichen Unterkünften dicht zusammengedrängt hausen. Aborte und Canalisation sind in verwahrlostem Zustand, die Senkgruben undicht, sehr häufig dienen als solche einfache Risse im Felsboden, in welche man Fäcalien und Abwässer hineingiesst. Die Leitung der Carolinenquelle, welche wenig und mittelmässiges Wasser liefert, verläuft im unreinen Untergrunde des von den Aermsten bewohnten Viertels. Wie gross war nun die Zahl der Choleraerkrankungen und Todesfälle? — 20, respective 18 in der Zeit vom 4. September bis 8. November! Und nun der Gegensatz von Triest: Hier war Alles, was man durch Sanitätspolizei gegen die Cholera unternehmen kann, versucht worden. Die ganze Organisation des Sanitätsdienstes war eine wohldurchdachte, die vom Referenten eingehend geschildert wird. Kaum irgendwo dürfte die Prophylaxe sorgfältiger geordnet gewesen sein als diesmal in Triest. Und trotzdem eine Epidemie von fünfmonatlicher Dauer mit 900 Erkrankungen und 500 Todesfällen!

Trotzdem ist Referent nicht der Meinung, dass die Cholera-prophylaxe werthlos gewesen sei. Dieselbe sei fest gegründet auf die Entdeckung des Choleraerregers und wenn sie sich in der Praxis nicht oder wenigstens nicht voll bewährt, so beweise dies nicht, dass sie principiell fehlerhaft, sondern nur, dass ihre Durchführung mangelhaft ist. Begonnen müsse werden mit der Hebung der Volksbildung, mit der Hebung der Volksgesundheitspflege. Alle Beobachter seien einstimmig, dass die Cholera eine Krankheit der Armen ist.

Referent wendet sich nun zurück zur Unternehmung des Einflusses der Oertlichkeit. Es müsse von der Oertlichkeit selbst ein mächtiger Einfluss auf die Cholera ausgeübt werden. Leider fehle das Material zu einer näheren Untersuchung hierüber. Nach Pettenkofer's Kriterien sei nirgends in diesen Gebieten dauernde Immunität zu erwarten, da der Boden überall, auch wo er felsig ist, alle physikalischen Charaktere des Siechhaften besitze: er ist durchgängig für Wasser und Luft, es fehlt auch nicht an organischer Verunreinigung. Ist doch der Kalkfelsen des Karstes berühmt durch seine ausgedehnte Verwitterung und Zerklüftung. Nur zwei Beobachtungen aus Krain lägen vor, welche auffallende Beispiele vom Einflusse der Bodenbeschaffenheit zu liefern scheinen. Und nun wendet sich Referent zur Besprechung der höchst interessanten Epidemie von Laserbach.

Die Gemeinde Laserbach des Bezirkes Gotschee liegt circa 750 m hoch im südöstlichen Theile des Krainer Karstplateaus in einer jener für das Karstgebiet so charakteristischen Mulden (Dolinen). Die Bevölkerung von 2112 Seelen vertheilt sich auf 7 Ortschaften: Travnik, Hril, Mitterdorf, Sigisdorf, Tabor, Retje und Kleinlak. Alle diese Orte, mit Ausnahme des letztgenannten liegen nahe beisammen, Mitterdorf liegt mitten zwischen dem tiefer liegenden Travnik und dem höheren Sigisdorf, und grenzt an beide Orte unmittelbar an. Hrib ist 1,5 und Retje 4,5 km entfernt. In der Mitte dieser Ortschaften erhebt sich aus dem Thalgrunde ein steiler, 100 m hoher Felskegel, auf dem Tabor: Kirche, Schule und Friedhof der Gemeinde sich befindet. Die sehr arme Bevölkerung ist slovenisch, von durchweg gleicher Lebens- und Ernährungsweise. Nur in einer Beziehung unterscheiden sich die einzelnen Orte, nämlich in der Höhenlage und Bodenbeschaffenheit. Hrib liegt circa 100 m über der Thalsohle auf den nackten, steilen Felsplatten des Thalhanges, am Fusse des gegenüberliegenden Hügels Sigisdorf ebenfalls auf nacktem Felsgrunde. Zu oberst in der Thalsohle liegt Retje ebenfalls auf nackten Felsen. Erst weiter abwärts tritt das Alluvium und die Humusschichte auf, auf der Mitterdorf liegt. Am tiefsten von allen genannten

Ortstchaften liegt Travnik, dessen höher liegende Häuser noch auf den Felsen des Thalhanges stehen, während der tiefere Theil des Ortes auf einer Schichte von Geröll, Humus und Unrath erbaut ist, die stellenweise bis zu 1 m Höhe besitzt und durch ober- und unterirdische, mit organischen Substanzen stark verunreinigte Zuflüsse stets mehr oder weniger feucht erhalten wird.

Nach Maassgabe der localistischen Lehren wird man von vornherein erwarten, dass Travnik für die Cholera empfänglich, die anderen Orte aber unempfänglich seien. Dieser theoretischen Folgerung entspricht in der That die Erfahrung. Bereits 3 mal hat die Cholera diesen abgelegenen Erdenwinkel heimgesucht: 1836, 1855 und 1886. Aus den Kirchenbüchern liegen genaue Angaben vor, und so zeigt sich denn, dass Travnik jedesmal ergriffen war und im Ganzen 4,5 Proc. seiner Bevölkerung verloren hat, während alle anderen Orte nur ein- oder zweimal Cholerafälle aufweisen und im Ganzen höchstens 1,7 Proc. ihrer Einwohner verloren haben. Und auch das Verhalten der einzelnen Ortstheile von Travnik entspricht der Erwartung, da jede Epidemie gerade in den tiefstgelegenen Häusern sich am festesten eingenistet hatte. So wurden in der letzten Epidemie 24 von den 101 Häusern des Ortes mit schweren Fällen heimgesucht; 21 davon gehören zu den 50 tiefstgelegenen Travnik's. Uebrigens hatte die erste Einschleppung keineswegs immer nach Travnik stattgefunden. Im Jahre 1836 z. B. ereignete sich der erste Cholerafall in Mitterdorf, die Seuche sprang aber sofort nach Travnik über. Unerklärlich bleibt localistisch diesesmal nur die nicht unbedeutende Zahl von Cholerafällen in Hrib, dessen Boden aus nackten Felsplatten besteht, auf denen meist unmittelbar die Hausmauern aufruhen. Das Gestein ist porenfrei, seine Zerklüftung geringfügig.

Auch das zeitliche Auftreten der Cholera in Laserbach verdient Erwähnung, indem alle 3 Epidemien dort etwa zur gleichen Jahreszeit, August und September stattgefunden haben. Dies veranlasst Referent zur Besprechung der zeitlichen Disposition.

Mit grösstem Nachdruck müsse auf diese Erscheinung hingewiesen werden, welche in unzweifelhafter Weise den Einfluss der äusseren Umgebung des Menschen auf die Choleraausbreitung darthut, eine Erscheinung, welche ohne Heranziehung der Bodenbeschaffenheit schwerlich ganz erklärlich sein dürfte. Bei der Epidemie in Oesterreich 1886 ist die Abhängigkeit der Cholera von der Jahreszeit wie bei allen anderen unverkennbar zu Tage getreten. Die sämmtlichen Erkrankungen erfolgten innerhalb Juni bis December, die weitaus grösste Mehrzahl in den drei Herbstmonaten August, September und October. Höchst bemerkenswerth ist, dass das zeitliche Verhalten aller früheren Choleraepidemien, soweit genaue Angaben vorliegen, hiemit durchaus übereinstimmt. Es giebt keinen gewaltigeren Einfluss auf die Cholera als die Jahreszeit. In den Monaten Januar bis Mai inclusive ist in diesen Gegenden während 9 Epidemiejahren keine einzige Erkrankung, kein einziger Todesfall an Cholera beobachtet worden. (Genau das Nämliche gilt bekanntlich für Genua.) Eine beigegebene Tabelle gestattet, diesen Vorgang des zeitlichen Ablaufes noch mehr in's Einzelne zu verfolgen. Wäre der Kranke allein der Erzeuger und Verbreiter des Ansteckungsstoffes, dann müsste mit Zunahme der Krankenzahl auch die Zahl der Neuansteckungen sich stetig vergrössern, bis die Durchseuchung sich geltend macht. Diesen Forderungen entspricht aber das Verhalten der Cholera nur in den Anfängen der Epidemie. Bis zur Decade vom 11. bis 20. August nimmt allerdings die Zahl der Erkrankungen fortwährend zu und es wächst auch die Zahl der Verschleppungen in noch cholerafreie Orte. Aber schon in der nächsten Decade bleibt der zu erwartende Zuwachs von Erkrankungen aus. Die Zahl der verseuchten Ortschaften nimmt zwar noch während drei Decaden zu, aber die Intensität nimmt bereits ab, die Zahl der Verschleppungen verringert sich, bis dann in der Decade vom 21. bis 30. September ein jäher Abfall in der Zahl der Fälle, der verseuchten Orte und der Neuverschleppungen eintritt.

Referent bemerkt ausdrücklich, es sei unmöglich, diesen Verlauf aus der erworbenen Immunität der Bevölkerung zu erklären. Während auf der Höhe der Epidemie fast alle Verschleppungen zu Ansteckungen führten, war dies vom 11. September an nur mehr bei der Hälfte der Fall. Aus allem diesem geht unwiderleglich hervor, dass aus irgend welchen Gründen der Cholerakeim im späteren Stadium der Epidemie bei weitem ungefährlicher ist als zu Anfang; ferner, dass jedenfalls die Jahreszeit einen Einfluss auf diese Dinge haben muss.

Eine Curventafel gibt Temperatur, Regenmenge und Grundwasser von Triest in Vergleichung mit der Cholera. Unverkennbare Abhängigkeit und zwar unverkennbaren Antagonismus zeigen hier die Curven der Regenmengen und des Grundwassers einerseits und jene der Cholera andererseits. Die Choleracurve zeigt 3 Hauptgipfel; jeder derselben entspricht einer vorangegangenen relativ oder absolut regenfreien Periode, während jeder stärkere Regenfall, der ein Steigen des Grundwassers d. h. der Bodenfeuchtigkeit bewirkte, umgekehrt von einem Absinken der Choleracurve gefolgt war. Im Ganzen entspricht also das Verhalten der Cholera zur Bodenfeuchtigkeit auf's schönste den von Pettenkofer aufgestellten Regeln, und liefern die Triester Beobachtungen somit einen neuen Beweis für ihre Richtigkeit.

Vergleicht man nun weiter die Regenmengen im Laufe der letzten Jahre, so zeigt sich merkwürdiger Weise, dass der Sommer 1886 nach seiner Witterung von allen vorangegangenen der Choleraentwicklung am günstigsten war durch seine abnorme Trockenheit, während das vorangehende Halbjahr regenreicher war, als der Norm entspricht. Der Sommer 1886 hatte somit eine sehr starke negative Grundwasserschwankung, einen sehr bedeutenden Wechsel der Durchfeuchtung.

Referent schliesst diese Untersuchungen dahin: dieselben lehrten, in Uebereinstimmung mit tausendfältigen anderen Erfahrungen, dass die Cholera von gewissen Witterungsfactoren direct abhängig sei. Aus dieser Thatsache aber folge das Gegentheil von dem, was aus dem ersten Abschnitte der Untersuchung als das Wahrscheinlichste hervorging. Es folge mit zwingender Nothwendigkeit die Unrichtigkeit der Annahme, dass die Ansteckung der Gesunden in der Regel direct vom Kranken aus erfolgt und dass dann über den Erfolg nichts weiter entscheidet, als eine von rein zufälligen, rein individuellen Verhältnissen abhängige Disposition. Es wäre müssig, sich heute in weitgehende Speculationen darüber einzulassen, wie dieser eigenthümliche Widerspruch zu lösen sei. Für jetzt genüge es zu zeigen, dass die Cholera-Aetiologie noch nicht abgeschlossen ist, dass sie — wie Bohatu witzig sagt — erst beim Komma und also noch nicht beim Schlusspunkte angelangt ist.

Referent gelangt schliesslich zu Sätzen, welche in praktischer Hinsicht auf einem vermittelnden Standpunkte stehen, aber, da die Verbreitung durch Kranke und die Möglichkeit directer Uebertragung ja nicht geleugnet, sondern im ersten Theile der Untersuchung sogar bewiesen wird, den auf diesen Gesichtspunkten beruhenden Maassnahmen eine wesentliche Rolle zumessen.

Hierauf wird die Discussion eröffnet.

(Fortsetzung folgt.)

## 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte

zu Wiesbaden. vom 18.—24. September.

(Fortsetzung.)

### Section für Paediatrie.

(Originalbericht von Dr. Escherich, München.)

III. Sitzung am Freitag den 23. September, 8 Uhr Vormittags.

Vorsitzender: Herr Steffen (Stettin).

(Schluss.)

14. **Hochsinger** (Wien): **Ueber pyämisch-septische Infection Neugeborener.**

Ein zwölftägiges Kind mit puerperaler Streptococuspyämie, welche histologisch festgestellt wurde, diente zum

Untersuchungsmateriale. Die dabei gewonnenen Resultate werden mit dem histologischen Bilde der von Kassowitz und Hochsinger aufgefundenen Streptococcusinfection congenital Syphilitischer verglichen, wobei sich herausstellt, dass die letztere Infectionsform sich im anatomischen Bilde wesentlich von der pyämischen Infection unterscheidet, indem die entzündlichen Veränderungen der als Osteochondritis syph., Pemphigus syph., Pneumonia alba neonatorum bezeichneten Erkrankungen an die Anwesenheit der beschriebenen Streptococcen in den Gefässen der erkrankten Gewebe direct gebunden sind, so dass man den Zusammenhang der Coccenwucherung mit der anatomischen Läsion der Osteochondritis und des Pemphigus direct nachweisen kann. Bei den wahrhaft pyämischen Streptococceninfectionen liegt die Sache anatomisch wesentlich anders und es handelt sich gewöhnlich um rein embolische Processe und dadurch bedingte circumscripte Eiterungsprocesse. Hochsinger kommt zum Schlusse, dass die von ihm und Kassowitz gefundenen Kettencoccen in den genannten Geweben hereditär-syphilitischer Kinder für die Entstehung des Pemphigus, der Osteochondritis, der Pneumonia alba pathogen sind. Interessant ist die völlige Uebereinstimmung der Kassowitz'schen und Hochsinger-schen Streptococcenfunde mit den von Disse bei experimenteller Hereditärsyphilis demonstrirten und von ihm als das Syphiliscontagium bezeichneten Mikroorganismen, wie eine Vergleichung der Präparate Disse's mit denen des Vortragenden ergeben hat.

Discussion: Chotzen (Breslau) tritt den Ausführungen H.'s entgegen. Nach seinen Untersuchungen ist der Streptococcus secundär eingewandert. Heubner schliesst sich dieser Auffassung an.

**15. D. Lorey** (Frankfurt a. M.): **Ueber die Entwickelung des Kindes bis zum 30. Lebensmonate in Bezug auf Gewicht, Grösse und Brustumfang.**

Aus seinen bisherigen Beobachtungen ergibt sich:

1. Später geborene Kinder bleiben häufig in der Entwickelung gegenüber Erst- und Zweitgeborenen zurück, besonders wenn dieselben nicht gestillt worden sind. Auch sind Erstere acuten Erkrankungen gegenüber weniger widerstandsfähig.

2. Bis zum 10. Monate entwickeln sich beide Geschlechter unter normalen Verhältnissen stetig und gleichmässig. Die Mädchen bleiben vom 7. Monat an etwas hinter den Knaben zurück.

3. Vom 10. Monat an finden sich bei beiden Geschlechtern mehr oder weniger bedeutende Schwankungen in der Entwickelung, welche bei allen drei Maassen zum Ausdruck kommen.

Keine Discussion.

**16. Meinert** (Dresden): **Die klinischen Bilder der die Kindersterblichkeit des Hochsommers beherrschenden Krankheitsformen.**

M. gewann — abgesehen von seinen Erfahrungen am Krankenbette — die vorgetragenen Ergebnisse hauptsächlich aus der Analyse der zwischen 11. Juli und 25. September 1886 in Dresden standesamtlich gemeldeten Todesfälle von Kindern unter einem Jahre. Jede der betroffenen Familien wurde möglichst bald nach geschehener Meldung von einem an den Untersuchungen betheiligten Arzt befragt. Nach Ausscheidung der im Hochsommer zurücktretenden Todesursachen liess sich feststellen, dass 40 Kinder an genuinen Krämpfen (Asphyxie der Neugeborenen, Hydrocephalus, Meningitis nicht inbegriffen) 35 an chronischem (Magen-) Darmkatarrh und 444 an acutem (Brech-) Durchfall — mit oder ohne Convulsionen — zu Grunde gegangen waren. Von der letzten Gruppe litten 128 (29 Procent) bereits vorher an leicht dyspeptischen Erscheinungen während 316 (71 Procent) bei intacten Verdauungsorganen befallen wurden und 239 bis dahin überhaupt gesund und kräftig gewesen waren. Im Allgemeinen erkrankten nur Kinder in engen und überhitzten Wohnungen von geringer Ventilationsgrösse. (Der Schlafraum von 78 in ersten Stockwerken wohnenden Kindern bot beispielsweise nur 12.72 Kubikmeter Luftraum für jedes in demselben athmende Lungenpaar.) Durch zahlreiche an kleinen Kindern in derartig beschaffenen Wohnungen vorgenommenen thermometrischen Aftermessungen ist M. zu der Ueberzeugung gelangt, dass im Hochsommer lediglich unter dem Einflusse des Wohnungsklimas sich bei einem grossen Contingent der im Säuglingsalter stehenden Kinder ein entweder mit Unruhe und Beklemmung oder subjectiv ganz symptomlos einhergehender Fieberzustand entwickelt. Unter einer Anzahl wochenlang thermometrirter Kinder kam es einigemale nach prodromalem Fieber zum Ausbruch des typischen, durch plötzliches Einsetzen wässeriger Durchfälle charakterisirten Brechdurchfalles, welcher einmal sogar unter Convulsionen zum Tode führte. Mit Eintritt der Entleerungen fällt das Fieber meist ab und nicht selten bis zu subnormalen Temperaturen.

M. macht auf die gemeinsamen ätiologischen Vorbedingungen aufmerksam, unter denen während der heissen Jahreszeit bei Kindern diese Krankheit und bei den Soldaten Hitzschlag entsteht, eine Krankheit, die sich in den Tropen (Wärmeschlag) und auch bei schweren einheimischen Fällen mit Diarrhöe zu compliciren pflegt. Die Sommerkrämpfe der Kinder scheinen sich völlig mit dem Hitzschlage zu decken, während die Mehrzahl der Brechdurchfälle als eine durch die kindliche Organisation und Ernährung bedingte Modification des Hitzschlages zu betrachten sein dürften.

Discussion: Heubner und Escherich halten die aus den interessanten und mühevollen Untersuchungen vom Vortragenden gezogenen Schlüsse für zu weitgehend und die Mitwirkung der Bacterien bei der Entstehung dieser Krankheitsbilder keineswegs für ausgeschlossen.

Herr Demme schliesst um $12^1/_2$ Uhr die Sitzung, indem er den Anwesenden für die eifrige Betheiligung an den Verhandlungen dankt, mit dem Wunsche »auf Wiedersehen in Köln«!

---

## Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 2. November 1887.

(Originalbericht.)

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr B. Fränkel verliest die Namen der aus der Vorwahl für die Aerztekammer als Abgeordnete und Stellvertreter hervorgegangenen 40 Herren.

Vor der Tagesordnung Herr **Baginsky:** Vorstellung zweier Kranker, der eine leidet seit längerer Zeit an Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Seit etwa 4 Monaten zeigten sich deutliche, miliare Knötchen am Zahnfleisch des Oberkiefers, dann ein Knötchen an der linken Seite der Uvula, dann eine granulirende Ulceration dicht am Zahnfleischrande beginnend und auf die Schleimhaut übergreifend. Die Affection wurde als tuberkulös angesprochen. Bei dem zweiten Patienten gelang sogar der Nachweis der Tuberkelbacillen.

Vor der Tagesordnung: Herr **v. Bergmann** stellt einen Fall von Carcinom vor, welcher sich durch Contactwirkung weiter verbreitet hat. Schon Virchow hat darauf hingewiesen, dass die von der Serosa ausgehenden Carcinome des Magens und Darms sich weiter zu verbreiten Neigung haben. Klebs hat beobachtet, dass bei Carcinomen der Unterlippe und der Zunge häufig Magenkrebse entstehen. Weitere Beobachtungen liegen von Israel und Kraske vor. Seltener sind Fälle, wo ein Carcinom durch Contactwirkung verbreitet scheint. Ein solcher Fall ist von Lücke veröffentlicht. Der vorgestellte Patient hat je ein Carcinom an Ober- und Unterlippe, das an der letzteren besteht seit drei Monaten, das an der Oberlippe seit fünf Wochen, und zwar hat es sich genau auf der Contactstelle mit der unteren Geschwulst entwickelt.

Vor der Tagesordnung Herr **Ewald:** Demonstration der Lunge einer Frau aus dem städtischen Krankenhaus.

Patientin hatte beiderseitig über dem Thorax intensive Dämpfung. Punction auf der einen Seite ergab sero-fibrinöses Exsudat. Auf der anderen Seite 150 cm reines Blut. E. glaubte, ein Aneurysma getroffen zu haben und war auf den sofortigen Exitus gefasst. Die Frau starb aber erst nach 4 Wochen. Die Obduktion ergab auf der zweiten Seite kein Exsudat: Die Dämpfung war durch dicke Schwarten hervorgebracht, dahinter

lag eine faustgrosse Kaverne, welche leer war und darum keine Symptome ergeben hatte.

Die Punctionsnadel war durch die Kaverne hindurch in einen Bronchus und eine grössere Arteria gefahren, wie die nähere Untersuchung zeigte.

Vor der Tagesordnung Herr **Lassar:** Demonstration eines Falles von seltenen Hauttumoren bei einem 57jährigen Manne. Am Rumpf des Patienten war eine grössere Anzahl von etwa apfelgrossen Tumoren mit exulcerirender oder granulirender Oberfläche. L. bezeichnet die Affektion als Granuloma fungoides.

Auf der Tagesordnung steht: Discussion über den Vortrag des Herrn **Moll:** Der **Hypnotismus** in der **Therapie.** (Folgt in nächster Nummer.)

---

## Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Originalbericht.)

Sitzung am 24. October 1887.

Herr **Leichtenstern: Klinisches und Anatomisches.**

**1) Ein Fall von Jackson'scher Epilepsie.**

Ein 24jähriger Mann leidet seit 2 Jahren an epileptischen Anfällen, die etwa alle 2 oder 3 Wochen auftreten. Während eines mehrtägigen Hospitalaufenthaltes bleibt er davon verschont. Zufolge seiner Schilderung der Anfälle und mit Rücksicht auf den Mangel eines objectiven pathologischen Befundes wird eine idiopathische Epilepsie angenommen und der Gebrauch von Bromkalium verordnet. — Drei Monate später kommt der Kranke wieder in's Hospital, da sich die Häufigkeit der Anfälle beträchtlich gesteigert und gleichzeitig heftige, fast ununterbrochene Kopfschmerzen zu dem früheren Leiden hinzugesellt hätten. In den folgenden Tagen zählt man bis zu 36 Anfälle in 24 Stunden, von denen viele genau beobachtet werden: ohne Prodrome, ohne vorhergehenden Aufschrei stellen sich plötzlich unter zunehmender Bewusstlosigkeit, Cyanose und Athmungserschwerung, klonische Krämpfe auf der linken Gesichtshälfte ein, welche sich bald auf den linken Arm und dann in geringerem Maasse auf das linke Bein fortsetzen und schliesslich ebenso die rechte Körperseite betheiligen. Gleichzeitig besteht Erweiterung der Pupillen und eine starke klonisch-tonische Deviation beider Augen nach links. Die Pulsfrequenz steigt im Anfalle von 104—120 auf 180—200. Nach dem Anfalle, dessen Dauer mehrere Minuten währt, kehrt das Bewusstsein nur langsam und allmählich wieder, ebenso die Gebrauchsfähigkeit der erschlafften Gliedmassen. Ausserhalb des Anfalles zeigen die Augäpfel rechts zielenden Strabismus paralyticus. — Nach 4 Tagen änderte sich das Krankheitsbild: die Anfälle zeigen zwar noch den beschriebenen Charakter, ermangeln aber der freien Intervalle bezüglich des Bewusstseins gänzlich. Die Körpertemperatur steigt von Tag zu Tag. Am 8. Tage nach der Aufnahme in's Krankenhaus geht der Kranke comatös zu Grunde unter submortaler Temperatursteigerung auf 40,3° C.

Die klinische Diagnose wird nunmehr auf symptomatische corticale Epilepsie, hervorgerufen durch einen Tumor im Bereich der rechten motorischen Hirnrindenzone, gestellt, und zwar unter Berücksichtigung der cerebralen Reiz- und Druckerscheinungen, des typischen Verlaufes der Krampfanfälle von der linken zur rechten Körperseite, endlich und vornehmlich unter Berücksichtigung des im Anfalle die Richtung wechselnden conjugirten Strabismus, über dessen semiologischen Werth die Prévost-Landouzy'sche Regel sagt: Le malade regarde son hémisphère altéré, s'il y a paralysie, il regarde ses membres convulsés, s'il y a excitation. — Der Mangel einer Hemiplegie liess eine directe Läsion der motorischen Centra mit Wahrscheinlichkeit ausschliessen; der Sitz des Tumors in der Nachbarschaft erschien plausibler. Vor allem dachte man auch an Cysticerken (Griesinger).

Die Section ergab abgesehen vom Hirnbefund ausser einer starken Spannung und Hyperämie der Hirnhäute nichts besonderes. Das vorliegende Gehirn zeigt eine leichte Hervorwölbung in der hinteren Hälfte der mittleren rechten Stirnwindung, bedingt durch einen pflaumengrossen scharf begrenzten vollkommen runden, auf dem grössten Durchschnitt 2,7 cm messenden Tumor, der oberflächlich noch von einer dünnen Schichte grauer Hirnsubstanz bedeckt wird, abwärts bis zum Vorderhorne des Seitenventrikels reicht, um einen Theil der Decke desselben zu bilden und vom sulcus praecentralis noch durch einen etwa daumendicken Streifen intacte Hirnsubstanz getrennt wird. Der Gyrus centralis ant. und post., der rechte Seitenventrikel zeigt wie das übrige Gehirn normale Verhältnisse. — Etwa 1 cm nach vorne und etwas nach aussen von dem Tumor, ebenfalls in der zweiten Stirnwindung besteht dicht unter der Rinde eine längs ovale ungefähr erbsengrosse Narbe, von grauweisser Farbe, derb elastischer Consistenz.

Gemäss der mikroscopischen Untersuchung ist der Tumor ein sehr gefässreiches (teleangiectatisches) Gliom. Die Narbe besteht aus Bindegewebe, das zum geringeren Theil in welligen Zügen, zum grösseren als Filzwerk feinster Fasern verläuft, stellenweise runde Kerne eingestreut enthält und von Körnchenkugeln, kalkigen Concrementen (Psammomkörnern) und Cholestearintafeln durchsetzt ist. Spärliche durchziehende Gefässe lassen nicht selten eine dicke bindegewebige Scheide erkennen. — Redner fasst die Narbe als regressive Metamorphose eines älteren Glioms auf.

Epikritisch legt H. Leichtenstern dar, dass der anatomische Befund und das klinische Krankheitsbild am besten wohl sich reimen, wenn man der Narbe des untergegangenen Tumors die Epilepsie, dem zweiten noch bestehenden Tumor die jüngeren Hirnerscheinungen, die Häufung der epileptischen Anfälle in den letzten Lebenswochen und die terminalen Symptome zur Last legt. —

Anhangsweise erwähnt H. L. den seltenen Fall, wo der Eintritt des Todes direct im epileptischen Anfalle (idiopathische Epilepsie) beobachtet wurde. Die Section und namentlich auch die mikroscopische Untersuchung des Gehirnes ergab negativen Befund, wenn man von Stauungshyperaemien aller Organe und sonstigen belanglosen Abnormitäten absieht. —

2) Als Rarität wird ein **Lipom des Grosshirnbalkens** vorgelegt; zufälliger Befund bei einer an croupöser Pneumonie verstorbenen Frau. Dasselbe nimmt als eine vorne 8 mm breite nach hinten sich allmählich verjüngende, annähernd cylinderförmige Geschwulst von 8 cm Länge die ganze obere Fläche des Balkens vom Genu bis zum Splenium ein und senkt sich etwa $^1/_2$ cm zwischen die Balkenfasern in die Tiefe, so die normale Raphe in einen tiefen Sulcus umwandelnd. Virchow hat auf das häufige Vorkommen von Fettgewebe in den weichen Häuten des Gehirns, und gerade an der in Rede stehenden Stelle, aufmerksam gemacht. Rokitansky erwähnt ein erbsengrosses Lipom im Ependym des Balkenwulstes. Redner liess durch Herrn Brubach jun. den Fall eines Lipoms im Duralsacke des Rückenmarks veröffentlichen (Archiv f. Psychiatrie Bd. XV).

3) Im Anschluss an die Demonstration eines Präparates von **typischer Granularatrophie der Leber** (Laënnec) mit der zugehörigen kleinen, atrophischen weichen Milz hebt Herr L. die semiotische Bedeutung des Lehrsatzes von Oppolzer hervor, demzufolge man bei männlichen Individuen, die in einem Alter von 40 Jahren und mehr plötzlich eine Magenblutung erleiden, zunächst immer an Lebercirrhose denken soll. Der Kranke, dessen Leber vorliegt, war an einer foudroyanten Hämatemesis zu Grunde gegangen. Bei der Section fand man im Magen ein Kindskopfgrosses Blutcoagulum, kein Geschwür, auch im Drodenum nicht, nur einige wenige Petechien und streifenförmige Hämorrhagieen der Magenschleimhaut. —

In einem anderen Krankheitsfalle, der einen Herrn in den 40er Jahren mit häufigem Bluterbrechen und cardialgischen Anfällen betrifft, hatten bewährte Diagnostiker eine Lebercirrhose ausgeschlossen und ein Ulcus ventriculi angenommen. Die Section ergab eine Bestätigung des Lehrsatzes von Oppolzer.

Weiterhin liegt die indurirte hypertrophische Fettleber und die sehr grosse Milz eines Phthisikers vor. Die **Cirrhosis hepatis hypertrophica adiposa** hat Herr L. so häufig mit tuberculöser Phthise combinirt gesehen, dass der Verdacht auf

ein pathogenetisches Verhältniss zwischen beiden Processen gerechtfertigt erscheint. Die Resultate der histologischen Untersuchungen A. Fränkels (1882 Berl. klin. W.) bezüglich jener Form der Lebercirrhose kann Redner bestätigen, mit Ausnahme des Befundes von Riesenzellen innerhalb der insulären Bindegewebshyperplasien. Untersuchungen auf Tuberkelbacillen in jenen Herden blieben bisher mit negativem Resultat, werden aber fortgesetzt.

4) Demonstration einer **Leber mit Gummaknoten** und der zugehörigen amyloid entarteten Niere. — Bemerkenswerth ist der klinische Verlauf des Falles: Die 12jährige Patientin erkrankt unter den Erscheinungen der acuten hämorrhagischen Nephritis, mit starkem Hydrops, blutigem Urin, in dem massenhafte Epitelial- und Blutkörperchencylinder gefunden werden u. s. w. — Nach mehrmonatlichem Aufenthalt im Krankenhaus wird das Kind als Reconvalescentin entlassen. Ein halbes Jahr nach dem ersten Anfall der »Nephritis« stellt sich ein zweiter gleicher ein mit Ausgang in Tod. — Sectionsbefund: Amyloide Degeneration der Nieren, der Milz, der Leber; Gummata der Leber.

5) **Darmverschliessungen.** Ein Fall von Intussusceptio ileo-colica ist durch die besondere Art der Naturheilung merkwürdig. Die drohenden Erscheinungen, welche bereits zur Laparotomie drängten, gingen plötzlich unter massenhaften Darmentleerungen zurück. Die Diagnose wurde zweifelhaft. — 6 Monate später starb der bis dahin scheinbar gesunde Patient an Ileus und Darmperforation. — Die Section ergab, dass die frühere Diagnose richtig war. Die Intussusception bestand noch; an dem Halse des Intussusceptum hatte ein Durchbruch aus dem Ileum in das Coecum sich definitiv etablirt; es war nicht, wie gewöhnlich bei solchen Naturheilungen, zur gänzlichen brandigen Ausstossung des invaginirten Stückes gekommen. — Der Tod war durch Kothverschluss und Perforation des Ileum oberhalb der alten Invagination bedingt. —

Bei einem Manne, der an innerer Darmeinklemmung zu Grunde ging, fand man die immer noch wenig beachtete, von Leichtenstern zuerst beschriebene Ursache des Volvulus in einer Lücke zwischen dem foetalen Rest des Ductus omphalo entericus und dem Ansatz des Mesenteriolum eines Meckelschen Divertikels an die Gekröswurzel. In diese Lücke war die letzte Ileumschlinge gerathen, hatte sich weiterhin noch zwischen Bauchwand und das Meckel'sche Divertikel, das mit einem Ligament an der ersteren adhärirte, eingedrängt und so einen doppelten Volvulus gebildet. Dr. G. Sticker.

## K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 4. November 1887.

Vorsitzender: Hr. v. Bamberger.

Herr **Ullmann** stellt einen Fall von **Bauch-Actinomycose** vor.

Der bis zum Winter v. J. stets gesunde Patient bemerkte plötzlich eine Geschwulst im Abdomen und begann ohne bekannte Ursache abzumagern. Es traten zugleich Schmerzen beim Uriniren auf, der Harn wurde trübe und eiterig, so dass der behandelnde Arzt einen Blasencatarrh diagnosticirte. Der Kranke magerte immer mehr ab, die Geschwulst wurde immer grösser, die Schmerzen nahmen zu, so dass der Arzt im April den Abscess öffnete und eine Menge Eiter aus demselben entleerte; die Wunde heilte zu, nach 2 Wochen trat aber wieder der Abscess auf und wurde neuerdings entleert. Als der Kranke Anfangs August auf die Klinik des Prof. Albert kam, fand sich eine 2 cm unterhalb des Nabels sitzende Geschwulst, die bogenförmig nach rechts bis zum Lig. Pouparti hinüberreichte. Die knochenharte Beschaffenheit des Tumors, das eigenthümliche Aussehen der am Lig. Pouparti befindlichen Wunde, die bläulich-violette Verfärbung der Haut liessen die Diagnose auf Actinomycose stellen. Von der Wunde ging ein 10 cm tiefer Fistelgang gegen die Harnblase, und in der Tiefe fanden sich weiche Massen, die auf Druck einen mit grünlich-gelben Körnchen gefüllten Eiter entleerten (Actinomycesrasen). Nach Erweiterung der Wunde gelangte man in das mit Pilzkörnern ausgefüllte Cavum Retzii. Eine Communication mit der Harnblase bestand nicht, dennoch glaubt Herr Ullmann annehmen zu dürfen, dass es sich um Actinomycose der Blase gehandelt habe, weil zur Zeit als die Erkrankung anfing, nebst Fieber, die genannten Blasenerscheinungen bestanden. Indessen ist nicht mit Sicherheit auszuschliessen, dass die Erkrankung vom Darme ausging. Es wurde ein Verband mit 2$^0/_{00}$ Sublimatkieselguhr angelegt und nach 4 Wochen war die Wunde geheilt. Gegenwärtig ist die starre Infiltration in der Umgebung der früheren Wunde völlig geschwunden.

Herr Ullmann berichtet bei dieser Gelegenheit über Untersuchungen, die er in den letzten Jahren angestellt hat, um die Frage zu entscheiden, ob die Eiterung bei der Actinomycose eine specifische ist. Bekanntlich wird die Eiterung bei der Tuberculose, beim Rotz und bei der Actinomycose als specifische geschildert. Von 6 vom Vortragenden untersuchten Fällen, fand sich in 2, bei denen keine offene Wunde vorlag, nur der Staphylococcus aureus im Eiter in Reincultur; in den 4 übrigen Fällen, bei denen der Abscess schon aufgebrochen war und eine offene Wunde zu Tage lag, fanden sich nebst den Actinomyces und dem Staphylococcus noch andere Bacterienarten, die offenbar secundär hinzugekommen sind. Herr Ullmann glaubt daher mit Bestimmtheit annehmen zu können, dass die Eiterung bei der Actinomycose keine specifische, sondern durch die gewöhnlichen Eitercoccen hervorgerufen sei; es kann dabei immerhin den Actinomycespilzen die Rolle zugemuthet werden, ein locus minoris resistentiae für das Eindringen der Eitercoccen zu schaffen. (Schluss folgt.)

# Verschiedenes.

(Ein Brief Morell Mackenzie's an Prof. Oertel.) Herr Professor Oertel theilt uns in deutscher Uebersetzung den Wortlaut eines von Dr. Morell Mackenzie an ihn gerichteten, zur Veröffentlichung bestimmten Briefes mit, den wir hiemit, unter Hinweglassung einiger einleitender persönlicher Bemerkungen, zum Abdruck bringen: »Hinsichtlich Ihrer Anfrage betreffs des Kronprinzen bin ich in der angenehmen Lage, Ihnen mittheilen zu können, dass seine Gesundheit, als ich ihn in Baveno sah, in gutem Fortschritt begriffen war. Es hat niemals das Charakteristicum einer bösartigen Krankheit existirt, soweit als es die mit dem freien Auge sichtbaren Erscheinungen erkennen liessen, so dass meine Behandlung durchaus auf die Erfahrungen Ihres berühmten Pathologen sich stützte. So werthvoll auch Prof. Virchow's Untersuchungen gewesen sind, so haben sie natürlich nur eine negative Beweiskraft, und ich bin desshalb noch nicht vollständig sicher, ehe sechs Monate nach der Anwendung der elektrischen Cauterisation verflossen sind. Ich brauche wohl kaum zu erklären, dass ich niemals nur im mindesten abgeneigt gewesen war, mit meinen deutschen Collegen zusammenzutreten, und sollte unglücklicherweise irgend ein ungünstiges Symptom sich zeigen, wäre ich der Erste, die Mithülfe eines Ihrer Landsleute in Anspruch zu nehmen. Was die Veröffentlichung von Bulletins betrifft, bin ich ganz Ihrer Ansicht, dass häufige officielle Mittheilungen wünschenswerth seien, da durch sie der Verbreitung falscher Gerüchte entgegengetreten wird. Bei Privatpersonen bleibt indess diese Sache immer dem Patienten überlassen, und es erscheint nicht billig, dass, da der Leidende von höchstem Range ist, seine eigenen Gefühle hierin nicht berücksichtigt werden sollten. Ihr ergebener Morell Mackenzie.« Der Brief ist datirt London, den 26. October 1877.

### Therapeutische Notizen.

(Ueber die Vorzüge des Sublimats und die Gefahr des Cocains bei Augenoperationen) hielt Prof. Haab in der Gesellschaft der Aerzte des Cantons Zürich einen Vortrag (Schweizer Corresp.-Bl. Nr. 21). Sublimat in Lösung von 1 : 5000 wird vom Auge gut ertragen und wirkt prompt aseptisch; nur muss Hineinlaufen des Sublimats in die vordere Kammer vermieden werden, weil dies Trübung der Cornea zur Folge haben kann. H. hat vorzügliche Resultate mit dem Sublimat erzielt (500 grössere Operationen heilten ohne Verlust, darunter 100 Staaroperationen). Dagegen bilden pilzhaltige Cocainlösungen eine grosse Gefahr für das Auge. Man darf nur gut sterilisirte Lösungen verwenden, die von vorneherein einen Sublimatzusatz haben, und ausserdem von Zeit zu Zeit aufgekocht werden. Auch bei Entfernung von Fremdkörpern aus der Cornea mit Zuhilfenahme von Cocain, kann bei Verwendung unreiner Lösungen eine unangenehme Ceratitis dem kleinen Eingriff folgen.

(Behandlung der Ohrfurunkeln.) Einem diesen Gegenstand betreffenden Vortrage, welchen Löwenberg aus Paris auf dem internationalen medicinischen Congresse in Washington hielt, entnehmen wir das Folgende: Die Furunkeln werden durch Mikrococcen verursacht. Zur Behandlung derselben empfiehlt L. eine gesättigte alkoholische Borsäurelösung. Ist der Furunkel schon aufgebrochen, so nehme man eine übersättigte Lösung, welche einen Niederschlag von Borsäure zurücklässt. Durch Cocain kann man manchmal vorübergehende Erleichterung der Schmerzen erzielen. Bei Frauen, welche an periodischer, mit dem Eintritt der Menstrualblutung zusammenfallender Furunkelbildung leiden, kann man durch prophylaktische Einträufelung von alkoholischer Borsäurelösung dieselbe verhindern: ebenso bei Personen, welche regelmässig im Frühjahr und Herbst von solchen Furunkeln heimgesucht werden. (Wr. med. Blätter, Nr. 42.)

## Tagesgeschichtliche Notizen.

**München,** 7. November. § Zu der im Jahre 1888 abzuhaltenden Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst haben sich 45 Aerzte angemeldet, die höchste Zahl seit dem Bestehen dieser Prüfung. Vom kgl. Staatsministerium des Innern wurden als Mitglieder der Prüfungs-Commission bestimmt: Geheimrath Dr. v. Pettenkofer für Hygiene, Prof. Dr. Grashey, Director der Kreis-Irren-Anstalt in München, für Psychiatrie, Kreismedicinalrath Dr. Roger in Bayreuth für Medicinalpolizei und Landgerichtsarzt, Privatdocent Dr. Messerer für gerichtliche Medicin. Vorstand der Prüfungs-Commission ist der Referent für das Medicinalwesen im kgl. Staatsministerium des Innern, Obermedicinalrath Dr. v. Kerschensteiner.

— Herr Medicinalrath Dr. Martin dahier erhielt aus dem Cabinet des Prinzregenten ein höchst schmeichelhaftes Schreiben, in welchem demselben für die Vorlage seines Werkes »Das Civil-Medicinalwesen in Bayern« der allerhöchste Dank, sowie die Anerkennung des hervorragenden practischen Werthes dieser so erschöpfenden und wohlgeordneten Sammlung der auf das Civilmedicinalwesen in Bayern bezüglichen gesetzlichen, administrativen und richterlichen Normen ausgesprochen wird.

— Wie die Allg. med. C.-Ztg. vernimmt, soll die preussische Regierung beabsichtigen, schon zu Ostern 1888 eine Aenderung der Prüfungsordnung für Aerzte dahin herbeizuführen, dass in Zukunft die an den preussischen Realgymnasien abgelegte Abiturientenprüfung auch zum Studium der Medicin von dem genannten Zeitpunkt ab berechtigen soll.

— Der prakt. Arzt Dr. Eireiner in Vilshofen begeht in den nächsten Tagen das 50jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit in seiner Vaterstadt.

— In Wildemann im Harz sind ungefähr 100 Personen an der Trichinosis erkrankt. Die genossenen Fleischwaaren sind sämmtlich einem hiesigen Fleischergeschäfte entnommen, bei der Untersuchung wurden in dort entnommener Wurst auch noch Trichinen gefunden.

— Die »Nordd. Allg. Ztg.« bespricht die im österreichischen Abgeordnetenhause eingebrachte Vorlage zur Bekämpfung der Trunksucht und knüpft daran folgende Bemerkung: Es ist bekannt, dass auch bei uns vor längerer Zeit versucht wurde, die Trunksucht auf legislatorischem Wege zu bekämpfen, diese Versuche jedoch gescheitert sind. Die österreichische Vorlage ist nun insofern auch für Deutschland von Interesse, als eventuell aus dem Inkrafttreten derselben unter Berücksichtigung der allerdings nicht ganz gleichliegenden Verhältnisse und in Würdigung der dort mit dem Gesetze erzielten Resultate sich Anhaltspunkte ergeben dürften, die für die Entwicklung der Frage von Werth sein könnten.

— Auch in der Schweiz strebt man Maassregeln gegen den Geheimmittelschwindel und Curpfuscherunwesen an. Zur näheren Berathung der Frage hat sich eine intercantonale Conferenz, bestehend aus cantonalen Abgeordneten unter dem Vorsitze des Chefs des bernischen Sanitätswesens gebildet. Auch die cantonale Gesellschaft der Züricher Aerzte hat zu der Frage Stellung genommen und wünscht die Einrichtung einer eidgenössischen Geheimmittel- und Curpfuscher-Polizei durch die Bundesbehörden. Wie zeitgemäss solche Bestrebungen übrigens auch in der Schweiz sind, zeigt ein kürzlich dort verbreiteter Aufruf zur Gründung einer Actiengesellschaft mit einem Capital von 200,000 M. zur Verbreitung von »Specialitäten« d. h. Geheimmitteln. Der Unternehmer verspricht eine Verzinsung von 5 Proc. und stellt eine Dividende von 20—40 Proc. und mehr in Aussicht.

— Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie wird in Zukunft von Prof. v. Bergmann, Billroth und Gurlt herausgegeben und redigirt werden. Das Titelblatt wird den Beisatz führen: »Begründet von B. v. Langenbeck«.

(Cholera-Nachrichten.) Italien. In Rom sind vom 3.—9. October an der Cholera noch 70 Personen erkrankt und 15 gestorben, vom 10.—19. October 27, resp. 5. Die Gesammtzahl der Cholerafälle betrug bis zum 19. October 515, die der Verstorbenen 204. In Neapel sind vom 1.—5. October noch 6 Erkrankungen und 6 Todesfälle vorgekommen, seitdem blieb die Stadt und Umgegend (ausgenommen Pozzuoli) frei. In Messina hat die Seuche ebenfalls sehr abgenommen; im Ganzen erkrankten dort vom 1. September bis 14. October d. J. 2298 und starben 939 Personen an Cholera. In den Abruzzen dauert die Cholera in geringer Heftigkeit an und hat nunmehr die Küste erreicht. In Palermo, wo vom 3.—5. October noch 5 Erkrankungen und 4 Todesfälle angezeigt wurden, gilt die Seuche jetzt als erloschen.

Ostindien. In der mit dem 20. September endigenden Woche sind in der Stadt Bombay 14, während der darauf folgenden Woche 5 Choleratodesfälle verzeichnet, ausschliesslich Eingeborene wurden betroffen. Aus 15 Bezirken der Präsidentschaft Bombay sind in der Woche vom 14. bis 20. September 1566 Erkrankungen und 731 Todesfälle, in der Woche vom 21. zum 27. September 970 Erkrankungen und 497 Todesfälle an der Cholera gemeldet.

In Korea herrschte während des Sommers 1886 eine heftige Cholera-Epidemie. In der Hauptstadt Soeul starben von 150000 Einwohnern in der Zeit vom 15. Juli bis 1. September 1886 mindestens 6152 Personen daran. Die Seuche überzog das ganze Land, wüthete besonders im Norden, und ergriff späterhin auch die sibirischen Häfen. (V. d. K. G.-A.)

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Die Privatdocenten und Abtheilungsvorsteher im physiologischen Institut der Universität Berlin, Dr. Johannes Gad und Dr. Albrecht Kossel, sind zu ausserordentlichen Professoren in der medicinischen Facultät der Universität Berlin ernannt worden. Prof. Graf zu Solms-Laubach in Göttingen hat den Ruf als Director des botanischen Gartens und Museums an der Universität Berlin angenommen. Die Geh. Medicinalräthe Westphal und Henoch, die im vorigen Sommer durch Krankheit verhindert waren, den klinischen Unterricht zu ertheilen, haben ihre Lehrthätigkeit wieder aufgenommen. — **Dorpat.** Prof. E. v. Wahl wurde nach Ablauf seiner Dienstzeit vom Conseil der Universität auf weitere 5 Jahre wieder gewählt. — **Göttingen.** Der Director der gynäkologischen Klinik, Geh. Medicinalrath Professor H. Schwartz wird zum 1. April kommenden Jahres in den Ruhestand treten. — **Innsbruck.** Zum Professor der pathologischen Anatomie wurde an Stelle des kürzlich verstorbenen Prof. Schott Professor Weichselbaum in Wien unico loco vorgeschlagen. — **Prag.** Prof. Dr. Arnold Pick wurde zum Mitglied der wissenschaftlichen Academie in Halle a./S. ernannt. — **Wien.** Hofrath Prof. v. Langer, der vor kurzer Zeit aus Arco zurückkehrte, musste wegen seines immer noch leidenden Gesundheitszustandes um einen sechsmonatlichen Urlaub ansuchen.

(Todesfall.) Der Herausgeber der »Allgemeinen Wiener medicinischen Zeitung«, Dr. B. Kraus, ist gestorben.

## Personalnachrichten.

**(Bayern.)**

**Versetzung.** Der k. Bezirksarzt I. Cl. Dr. Konrad Andraeas von Burglengenfeld auf Ansuchen auf die Bezirksarztesstelle I. Cl. in Amberg.

**Niederlassungen.** Dr. Perlen in Martinszell; Dr. Josef Rotter, pr. 1885, und Dr. Otto Ekarius, pr. 1880, in München.

**Wohnsitzveränderung.** Fritz Eberlein von Babenhausen nach Pfaffenhausen; Dr. Theodor Sauter von Pfaffenhausen nach Babenhausen.

**Erledigung.** Die Bezirksarztesstelle I. Cl. in Burglengenfeld.

Die Personalveränderungen in der bayerischen Armee mussten wegen Raummangels zurückbleiben.

### Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 43. Jahreswoche vom 23. bis incl. 29. October 1887.

**Bevölkerungszahl 262,000.**

**Zymotische Krankheiten:** Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (2), Scharlach 1 (—), Diphtherie und Croup 8 (13), Keuchhusten 1 (—), Unterleibstyphus — (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (1), andere zymotische Krankheiten 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 114 (152), der Tagesdurchschnitt 16.3 (21.7). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 22.0 (29.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 13.8 (17.9), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13.0 (16.8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.